

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

509

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René DEFFAY

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Institut d'Hygiène

Né à Reims, le 3 novembre 1905

ESSAI MÉDICO-HISTORIQUE

SUR

UN POINT DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE

Les Hémorragies tardives des suites
de couches

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

003



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René DEFFAY

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Institut d'Hygiène

Né à Reims, le 3 novembre 1905

ESSAI MÉDICO-HISTORIQUE

SUR

UN POINT DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE

Les Hémorragies tardives des suites
de couches

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
 BROCCQ . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GUÉNIOT. . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . Obstétrique.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie
 RETTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physiologie

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI . . . Clinique médicale,
CHIRAY . . . Clinique médicale,
DEBRÉ . . . Clinique médicale.
DUVOIR . . . Clinique médicale.
BASSET . . . Clinique chirurgicale
CHEVASSU. Clinique chirurgicale
HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU . . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
LE LORIER Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
METZGER . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé .	Stomatologie
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR LAIGNEL LAVASTINE

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

ESSAI MÉDICO-HISTORIQUE

SUR

UN POINT DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE

Les hémorragies tardives des suites de couches.

Il y a des cas qui sont heureusement rares, qui ne sont malheureusement pas très rares, où l'on observe dans les suites de couches, au bout de quelques jours, des hémorragies qui mettent la vie de la femme en danger. Ces accidents sont dus, souvent, à des rétentions de débris placentaires. La gravité du tableau clinique impose de tarir l'hémorragie ; on enlève le débris responsable ; l'hémorragie s'arrête ; mais, bientôt, apparaissent les signes d'une infection des plus graves qui emporte la femme.

D'autres fois, dans ces hémorragies, on ne trouve pas de placenta, mais des masses de caduque sur le lieu de l'insertion placentaire ; on les enlève, et c'est, encore, le même coup de fouet à une infection jusque-là latente, la même évolution fatale.

Il nous a été donné de suivre un cas d'hémorragie par rétention d'un fragment placentaire, cas qui

nous a vivement frappé. Nous avons lu, à cette occasion, divers mémoires récents et anciens. Les connaissances médicales sur ce point, les indications thérapeutiques se sont pas mal modifiées au cours de ces dernières années. Tout un chapitre dont les éléments étaient jusqu'ici méconnus ou étaient épars dans d'autres rubriques s'est constitué, et ce chapitre a semblé assez important aux Maîtres de l'Obstétrique française pour qu'ils le choisissent comme sujet de rapport à un Congrès récent.

Il nous a semblé intéressant, non pas de faire une revue générale de ces cas, mais de suivre comment les idées ont évolué sur ce point ; l'histoire de la médecine est un enseignement précieux : quand on voit comment se sont constituées les doctrines médicales, on suit un chemin qui, parfois, est exactement le même que celui suivi par le médecin appelé à observer et à soigner un cas particulier d'interprétation difficile.

* * *

Si l'on met à part la notion de danger immédiat, créé par la perte de sang, l'hémorragie tardive des suites de couches n'est qu'un chapitre de l'infection puerpérale. Il convient, donc, avant d'aborder notre sujet, de préciser l'évolution des opinions sur le traitement de l'infection.

Il n'est pas exagéré de dire que, il y a une trentaine d'années, ce traitement pour beaucoup se

résumait à ceci : l'infection puerpérale est souvent entretenue par des rétentions de débris placentaires ou membranes ; donc, l'ablation de ces débris s'impose, et, partant de cette idée, nous allons faire un curettage ; et, si nous ne trouvons pas de débris, nous aurons toujours détruit la muqueuse infectée et ce sera tout bénéfice. Un accoucheur fit, ainsi, jusqu'à quatorze curettages à la même femme dans un cas d'infection.

Il s'en fallait de beaucoup que toutes les femmes fussent guéries par ce radicalisme ; — un bon nombre voyaient même leur état s'aggraver. Aussi une réaction contre ces pratiques se manifesta bientôt et il faut citer à ce propos les noms de Rosthorn (1905), de Winter qui enseignait, en cas d'infection streptococcique, de n'intervenir que si une hémorragie grave forçait la main, de Runge (1908), puis de J. O. Polack qui fit au XVII^e Congrès International de Médecine (Londres, 1913), une communication des plus importantes. Cette théorie a fait son chemin et, à l'heure actuelle, un grand nombre d'accoucheurs ont renoncé à toute thérapeutique intra-utérine de l'infection puerpérale.

Il est intéressant, à ce point de vue, de noter l'évolution des idées d'un grand clinicien français, qui a observé pendant plus de trente ans dans une même grande maternité. En 1896, M. Pinard, en collaboration avec son élève Wallich, faisait paraître un livre sur *Le traitement de l'infection puerpérale* où il préconisait : 1^o les injections intra-utérines

à la première élévation de température, que celle-ci se produise au deuxième ou au troisième jour ; 2° l'irrigation continue lorsque l'infection n'avait pas cédé à l'injection pratiquée soit avant soit après le curettage ; 3° le curettage dans les cas les plus rebelles. Et, en 1894, sur 123 femmes considérées comme infectées à la Clinique Baudelocque, 85 avaient été traitées par injection utérine ou irrigation, et 38 avaient été curettées. Dix ans plus tard, en 1905, M. Pinard, étudiant dans *La Revue Pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie* (juin 1905, p. 161) les « interventions intra-utérines pendant les suites de couches », enseignait que « l'expérience l'a conduit à restreindre les indications » et que le nombre annuel des curettages pratiqués dans son service a été en diminuant ». Poursuivant cette évolution, en 1909 (Traitement de l'infection puerpérale, *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, octobre 1909, p. 577), il concluait que « le curettage n'est rationnel que dans des cas exceptionnels ».

Ultérieurement cette façon de faire s'est généralisée ou à peu près. Bien rare sont ceux qui s'imaginant guérir une infection en grattant la muqueuse utérine, alors que, le plus souvent, par cette pratique, on favorise la pullulation des microbes et l'invasion des tissus. Les enseignements de la plus récente guerre ont contribué à cette théorie. Dans un article paru dans *Gynécologie et Obstétrique* (1920, t. II, p. 161), H. Vignes souligne cette évolution et en expose les raisons. « Pourquoi cette évolution ?

se demande cet auteur. Elle résulte, tout à la fois, de l'expérience clinique obstétricale de l'infection streptococcique et de ces deux données bien mises en lumière par ce que nous a appris la chirurgie de guerre : 1^o l'une, c'est que les plaies streptococciques sont particulièrement rebelles au traitement local (et les travaux de Tissier ont particulièrement mis ce fait en évidence) ; 2^o l'autre, c'est que le seul traitement local efficace de ces plaies est l'exérèse très précoce en vase clos, qui en cas de streptococcie utérine serait l'hystérectomie, opération radicale habituellement injustifiée, étant donné ce que nous savons de l'avenir des infectées après l'accouchement à terme » et Vignes concluait cet article de la façon suivante : « 1^o Dans le cas d'infection utérine, après un accouchement à terme (mis à part les cas de rétention d'un cotylédon placentaire), il est dangereux et inutile d'intervenir dans la cavité utérine après la première semaine ; 2^o le curage manuel, les applications directes de substances antiseptiques sont absolument à rejeter ; 3^o l'injection intra-utérine de liquides antiseptiques peut se justifier dans le cas de rétention de débris membraneux ou de caillots, à la condition qu'elle ne soit ni tardive ni répétée, mais elle est le plus souvent inutile ; 4^o le curettage que certains accoucheurs pratiquent sur les mêmes indications, doit être considéré comme inutile et souvent dangereux, en raison de l'impossibilité pratique d'enlever totalement à la curette le foyer infecté. Dans les cas

d'infection streptococcique, de beaucoup la plus réquente, il est particulièrement néfaste ».

Les méfaits du curettage ont encore été signalés, depuis, par divers auteurs et, en particulier, le Professeur Micheli s'est élevé avec force contre les abus qu'on en fait encore.

* * *

Mais dans tout ceci, il s'agit d'infections sans débris placentaires ou d'infections dans lesquelles la présence de débris ne détermine pas d'hémorrhgies. Dans ces cas, la nature arrive à éliminer les débris et les tentatives d'extraction ne font que rompre la barrière leucocytaire et favoriser la multiplication des germes et leur pénétration dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Or, quand il se produit une hémorrhagie grave, le problème est différent et il faut, de toute nécessité, tarir l'écoulement sans tarder. C'est l'histoire de ce problème que nous avons voulu esquisser.

Nous tenons à bien spécifier que nous n'avons voulu étudier, ni les hémorrhagies de la délivrance, ni les polypes placentaires, ni les hémorrhagies observées après l'expulsion d'un môle ou à l'occasion d'un chorio-épithéliome.

* * *

1. Evolution historique des idées.

L'étude ethnographique des pratiques obstétricales employées par les peuples primitifs en ce qui concerne la délivrance nous montre un souci très général au sujet de l'expulsion du placenta. Dans le plus grand nombre des communautés sauvages, c'est à la posture de la femme pendant la délivrance qu'on attache la plus grande importance comme moyen d'empêcher la rétention. D'autres fois, on emploie des manœuvres d'expression plus ou moins compliquées. Les tractions sur le cordon sont rarement utilisées. « Les sauvages, dit ENGELMANN (1) qui sont guidés dans leur pratique par l'instinct et l'observation, ont trop de sagacité pour tenter l'extraction par un moyen si dangereux ». Encore que quelques tribus connaissent, en cas de délivrance tardive, la préhension manuelle, le plus grand nombre laisse le placenta *in situ*, ne craignant que peu la décomposition putride ou la craignant moins que l'introduction de la main dans l'utérus.

Dans l'antiquité, HIPPOCRATE mettait en œuvre tous les moyens pour provoquer l'expulsion spontanée (faire tousser la femme, la faire éternuer, la

faire souffler dans ses mains, etc...), et s'il n'obtenait pas satisfaction, il exerçait des tractions sur le cordon. Mais il n'a pas fait une étude spéciale des hémorragies tardives.

CELSE ne voulait pas, non plus, qu'on laisse à la nature le soin de la délivrance, en cas de non-délivrance.

AETIUS, PAUL D'ÉGINE, AVICENNE, etc... se montrent tous du même avis. Ils craignent la rétention, et préfèrent brutaliser la délivrance par des tractions exagérées que de l'abandonner.

Pendant longtemps encore, on négligera la rétention de petites portions de l'arrière faix. D'ailleurs parmi les anciens, certains craignaient la rétention des membranes plus que celle du placenta.

Au **XVI^e siècle**. A. PARÉ recommande d'extraire les annexes aussitôt l'accouchement.

Mais il faut arriver au **XVII^e** et **XVIII^e siècle** avec MAURICEAU et DE LAMOTTE pour voir s'affermir une tendance nouvelle, celle d'assurer la vacuité totale de l'utérus après l'accouchement.

En 1646, MAURICEAU (2), dans son *Traité de la grossesse et des accouchements*, insiste sur la nécessité primordiale de faire la révision immédiate, si on a un doute, mais ne parle pas des pertes de sang qui apparaissent quelques jours après l'accouchement.

Par contre, dans les nombreuses observations qui

constituent la deuxième partie de son ouvrage, il témoigne quelque hostilité aux manipulations intra-utérines dans les cas de rétentions placentaires s'accompagnant d'hémorragie au bout de quelques jours. Certes, nous n'avons trouvé comme exemples typiques que des observations concernant des avortements, mais il y a tout lieu d'être persuadé que l'auteur devait tenir un raisonnement analogue dans les cas d'accouchements. C'est ainsi que dans l'observation 297, p. 245, il relate un cas, où n'ayant pu faire l'extraction de l'arrière-faix chez une jeune avortée de trois mois, il préfère le laisser que de forcer violemment. La malade fit des hémorragies durant trois semaines, puis de l'infection, mais, cependant, guérit. Malgré tous ces incidents fâcheux, MAURICEAU déclare « qu'elle a couru beaucoup moins
« de risques en commettant à la Nature l'expulsion
« de cet arrière-faix resté dans la matrice, que si je
« l'eusse délivré par l'opération de la main, ce qui
« ne pouvait se faire sans une violence qui aurait
« rendu le remède plus préjudiciable que la mala-
« die. »

Dans l'observation 474, p. 392, il est aussi catégorique. Appelée le 3^e jour auprès d'une avortée de 5 mois qui, non délivrée entièrement, présentait des hémorragies, il préféra laisser évoluer les choses, ce qui amena, fatalement, infection, anémie par suite des hémorragies. Malgré tout, la malade guérit. Il déclare « Que quoique les accidents que cause
« l'arrière-faix retenu en la matrice après des avor-

« tements de la sorte soient assez fâcheux, ils ne
« sont pas néanmoins si dangereux que ceux qui
« arriveraient d'une inflammation de matrice causée
« par la trop grande violence qu'on aurait faite à
« cette partie pour en tirer l'arrière-faix qui y était
« resté ».

Dans maintes autres observations, on retrouve cet état d'esprit, ce souci de préserver l'utérus de traumatismes dans les cas de rétentions avec hémorragies.

DE LAMOTTE (3) adopte une attitude analogue dans son *Traité de l'accouchement* et dans ses curieuses observations sur l'accouchement, en 1715. Il insiste sur la nécessité de savoir reconnaître l'intégrité du placenta et, si elle est douteuse, de faire la révision immédiate sous peine de voir survenir de nombreuses complications.

SMELLIE (4), dans ses observations sur les accouchements (1765) signale des hémorragies tardives et les attribue aux adhérences du placenta dues à un squirrhe.

En 1796, BAUDELOCQUE (5) écrit : « La rétention
« des portions de placenta n'est inquiétante qu'au-
« tant qu'elle devient la cause de quelques accidents
« dont le plus à craindre est l'hémorragie qui peut
« se manifester plus ou moins tard. Je l'ai vue arriver
« quelquefois seulement au dixième jour. Quand elle
« est abondante, elle exige qu'on porte la main dans
« la matrice pour extraire les corps étrangers. Si

« on reconnaissait l'existence de ces portions de
« placenta, il vaudrait mieux sans doute les extraire
« aussitôt que d'attendre que les accidents n'y con-
« traignissent ; mais si l'on n'était appelé que quelque
« temps après, il faudrait qu'il existât de graves
« accidents pour se déterminer à porter la main
« dans la matrice et aller, ainsi, à la recherche de
« ces portions de placenta dont rien ne dénote
« positivement l'existence. D'autant que la nature
« se délivre presque toujours seule de ces corps
« étrangers et que l'on a à combattre pendant leur
« séjour dans la matrice, que les effets de leur putré-
« faction ».

En 1822, il est fait mention de ces hémorragies dans le *Dictionnaire des Sciences Médicales*. Leur cause est attribuée aux rétentions placentaires et le traitement préconisé est la dilatation du col et le nettoyage de l'utérus.

En 1833, DUGÈS (6) dans l'article « Hémorragies utérines » parle des métrorrhagies après la parturition et montre que ces hémorragies secondaires sont dues plus à l'inertie du muscle utérin qu'à sa distension. « Peut-être encore quand la perte est provo-
« quée par la présence d'un corps étranger dans
« l'utérus est-ce une sorte d'hémorragie active, une
« hémorragie artérielle et d'irritation qui s'établit.
« Ce qui nous porte à le croire, c'est que la perte en
« pareil cas ne se manifeste souvent qu'au bout de

« plusieurs jours, huit, quinze et même davantage,
« prouvant ainsi qu'elle n'est pas due à la distension
« de la matrice tout aussi forte et plus facile à
« accroître dans les premiers moments que dans les
« derniers ».

En 1835, DESORMEAUX (7), dans le *Dictionnaire de Médecine* à l'article « Métorrhagies », ne parle pas des hémorragies tardives, mais à l'article « Suites de couches », il déclare que « Si la contraction de
« l'utérus se fait lentement et qu'il y ait inertie de
« cet organe, il peut en résulter un écoulement de
« sang qui, augmentant, peut constituer une hémor-
« ragie souvent très grave ».

La même année, VELPEAU (8) parlant sommairement de ces hémorragies lointaines qu'il rattache toujours à la rétention placentaire dit : « La meilleure pratique, selon moi, est donc celle qui consiste à porter la main dans la matrice plutôt que
« d'y laisser des portions de délivre et, dans tous les
« cas, à retirer ces portions le plus tôt possible », car ajoute-t-il plus loin : « comme corps étranger le
« placenta irrite la matrice, y appelle le sang, est
« une cause continuelle de pertes, d'accidents nerveux et de douleurs de tous genres. »

En 1850, CHIARI publie un mémoire dans lequel il évalue la fréquence des hémorragies tardives du post-partum à 1 cas sur 270 accouchements.

En 1869, L.-J. HUBERT, de Louvain (9) parle des hémorragies au sixième, septième, huitième jour et même plus tard après l'accouchement. Elles sont dues, selon lui, à des imprudences et sont sans gravité.

En 1870, HERVIEUX (10), qui était médecin de la Maternité, a consacré aux pertes de sang qui suivent l'accouchement un long chapitre qu'il divise en deux parties distinctes suivant que la perte suit immédiatement la délivrance ou qu'elle survient à une époque plus éloignée. Les secondes sont moins fréquentes que les premières, mais HERVIEUX en a cependant vu beaucoup. Et il en a vu d'autant plus que la mortalité par épidémie puerpérale diminuait, car, en cas d'infection gravissime, la mort survenait avant la période des hémorragies. Il rappelle les théories proposées : inertie secondaire de la matrice, congestion, altération du sang. La première lui semble inadmissible, sauf quand « la cavité utérine contient encore assez de fragments de placenta... ou quelques caillots volumineux et assez denses pour ne pas permettre le rapprochement des parois de l'organe ». « Cette cause d'hémorragie, dit HERVIEUX, est très commune, mais elle s'applique beaucoup moins aux hémorragies post-puerpérales, qu'à celles qui se manifestent dans les premières heures qui suivent la délivrance ». La congestion semble plus importante aux yeux de HERVIEUX, mais il convient de ne pas s'en faire une idée imprécise et, parmi les causes

de cette congestion, HERVIEUX insiste tout particulièrement sur « l'empoisonnement puerpéral ». J'ai vu, dit HERVIEUX « ces hémorragies tardives se produire, en général, dans les épidémies moyennes et bénignes ». Les imprudences, le lever précoce favorisent l'accident, que l'empoisonnement puerpéral a préparé. Enfin HERVIEUX adopte la conception de BLot sur l'importance des altérations du sang pendant et, en particulier, sur la désalbumination. Après ce chapitre d'étiologie propre aux hémorragies tardives, HERVIEUX étudie les symptômes et le traitement concurremment avec les hémorragies précoces, avec les hémorragies de la délivrance.

En 1879, PLAYFAIR (11) étudie les hémorragies secondaires du *post-partum*, surtout d'après MAC CLINTOCK : « C'est une affection grave. Les causes sont constitutionnelles ou locales. Ces dernières sont : la rétraction irrégulière et inefficace de l'utérus, les caillots du col, l'inversion utérine, les polypes. La rétention placentaire est fréquente ; en général, on a exercé des tractions. » Mais souvent la rétention n'est pas imputable à l'accoucheur : il y avait adhérences placentaires ou placenta succenturié. PLAYFAIR conseille comme traitement l'immobilisation, l'ergot, les tampons vaginaux astringents, le tamponnement utérin ou, à la rigueur, le badigeonnage utérin au perchlorure de fer.

En 1882, PELAPRAT (12) publie une thèse impor-

tante sur la question. Il reconnaît deux causes, entre toutes, aux hémorragies secondaires puerpérales : 1^o d'une part, la rétention des membranes et des débris placentaires ; 2^o d'autre part, l'inflammation, la minceur et la friabilité de la muqueuse utérine en voie de régénération seraient des facteurs d'inflammation et de peu de résistance des néo-vaisseaux.

PELAPRAT semble, donc, être un des premiers à avoir entrevu la forme hémorragique due à l'infection.

Mais malgré cette première suggestion, l'idée que les hémorragies secondaires du *post-partum* sont liées uniquement à la rétention placentaire va se développer de plus en plus et pendant une longue période, elle dominera toute la thérapeutique.

Une série d'ouvrages cristallise assez bien les idées de l'époque.

En 1884, DUBOURG (13) relate qu'une conséquence fréquente et grave de la rétention membraneuse sont les hémorragies secondaires. Selon lui, leur apparition se fait à une époque fort variable après l'accouchement. « Ces débris membraneux, » dit-il, agissent tantôt par leur volume qu'y s'op-
« pose au retrait de l'utérus, tantôt en irritant les
« parois de la matrice et en provoquant ainsi une
« fluxion exagérée de l'organe; d'autres fois, l'écou-
« lement sanguin provient des vaisseaux utérins

« déchirés, lorsque le fragment de membranes resté
« adhérent vient à se décoller. »

Au point de vue traitement en cas d'hémorragie secondaire, l'auteur préconise une injection intra-utérine à 45° d'eau chaude ou de sublimé à 1 p. 2.000. On essaiera, d'autre part, d'extraire le corps étranger par le lavage intra-utérin à la sonde de BUDIN. On aidera à cette extraction par la préhension avec deux doigts des débris décollés dans le canal cervical.

En 1894, POIRIER (14) étudie les hémorragies dues à la rétention partielle du placenta. « Si l'hémorragie est de grosse importance ou si elle se répète, il faut intervenir ». On pratiquera le curage, si le col est béant. S'il est fermé et que le passage de la main ou des doigts soit impossible, alors, il faut se servir de la curette.

Toute la question du traitement de l'infection et, très accessoirement, celle des hémorragies des suites de couches va faire le sujet de nombreuses discussions. Partout nous trouverons la discussion entre curage et curetage.

En mai 1886, DOLÉRIS avait publié dans les *Archives d'Obst. et de Gyn*, son important plaidoyer pour le traitement de l'infection par les méthodes de nettoyage intrautérin.

En 1894 encore, BRUNEAU (15) déclare, dans sa thèse, que « la rétention d'une partie du placenta « avec ou sans hémorragie, s'accompagnant de phénomènes infectieux est une indication formelle du « curettage de l'utérus ».

En 1895, MARMASSE (16), traitant la question du curettage, dit aussi : « Les hémorragies des suites « de couches peuvent être justiciables du curet-
« tage ; celui-ci sera précoce dans les formes fé-
« briles. »

En 1901, le professeur BRINDEAU (17), qui, dans le TARNIER et BUDIN, a rédigé l'article « Hémorragies tardives » parle d'hémorragies qui sont « beaucoup moins graves » que les hémorragies de la délivrance. Elles sont dues à des débris de cotylédon, à la rétention d'urine, à l'accumulation de matières fécales dans le rectum, à certaines maladies du foie, dont lithiase biliaire. Le même auteur, au chapitre de l'infection puerpérale, note que, dans certains cas, l'écoulement lochial est « très notable et formé de sang noir putréfié ; il existe, alors, une rétention de cotylédon, et l'hémorragie ne cessera que lorsque la cavité utérine sera délivrée de son contenu. »

En 1902, au *Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique*, LÉOPOLD (18) considère la rétention placentaire compliquant l'infection comme

une indication à l'hystérectomie si l'on ne peut enlever autrement les débris. TUFFIER, TREUB, co-rapporteurs, DOLÉRIS, au cours de la discussion soutiennent une opinion analogue. Mais il n'est pas question d'hémorragies.

En 1904, ESTEOULE (19), étudiant les rétentions prolongées de débris placentaires, envisage surtout les cas de rétention très prolongée. Mais, considérant les cas de rétention de quelques semaines qu'il fait rentrer dans le cadre de la métrite hémorragique, il esquisse une pathogénie digne de quelque attention : « La présence de ces débris placentaires, quelquefois minimes, qui sont comme « enclavés dans la muqueuse utérine plus ou moins « régénérée suffit à exercer une sorte d'inhibition « sur l'involution de l'utérus prolongeant la réaction déciduale au-delà de sa durée habituelle, « maintenant au niveau de la muqueuse utérine « un état de congestion permanent qui se traduit « par des hémorragies plus ou moins abondantes. »

En 1904 encore, CHRISTEANU (20) publie un travail fondé sur un nombre d'observations, assez important. Selon lui, la seule conduite raisonnable dans les cas de rétention ancienne de placenta avec phénomènes graves, c'est l'hystérectomie d'emblée, car les manœuvres d'extraction ont le tort de faire perdre un temps précieux.

Voici, donc, venir une notion nouvelle : dans

les cas où les débris ne pourraient être enlevés et si des signes de gravité sont intenses, on pratiquera l'hystérectomie.

En 1907 COMMANDEUR (21), indique que, la plupart du temps, les hémorragies secondaires sont liées à des rétentions placentaires. Selon lui, elles peuvent quelquefois être dues à une infection utérine. Dans le premier cas, elles apparaîtraient du 7^e au 10^e jour ; à partir du 15^e jour, elles seraient dues à l'inflammation utérine d'origine infectieuse. En ce qui concerne le traitement, il ne fait aucune différence pour les deux cas.

En 1908, WOLF (22), déclare que les hémorragies du post-partum sont assez rares. Elles sont, d'après lui, vraisemblablement produites par la rupture des vaisseaux utérins qui se produit au moment du décollement des membranes restées adhérentes, d'autant plus qu'en irritant les parois utérines, ces corps étrangers que constituent les débris retenus, provoquent une vaso-dilatation exagérée de la muqueuse. Ces hémorragies s'accompagnent toujours d'une accélération de pouls et d'une dureté particulière de l'utérus. Le traitement doit être le curage. Dans les cas d'infection sans rétention, on pratiquera le curettage.

GUERSANT (23), la même année, traitant du curettage et du curage dans les suites de couches, parle des hémorragies tardives dues aux rétentions placen-

taires. Pour l'auteur, le curettage doit souvent compléter le curage afin d'obtenir l'évacuation totale de la cavité utérine. Il signale les élévations de température et les frissons qui suivent quelquefois ces curettages, lesquels peuvent causer une inoculation de germes dans la circulation sanguine ou lymphatique. Dans ses conclusions, il dit : « Les hémorragies éloignées, qu'elles soient consécutives à l'accouchement ou à l'avortement, sont surtout l'indication du curettage lorsque les débris restent dans la cavité utérine ont été extraits par la main ».

Déjà on voit poindre la réaction qui va se faire contre le curettage en cas d'accidents infectieux et hémorragiques dans les suites de couches.

En 1914, BUMM (24), dans son *Traité d'Obstétrique*, parlant des hémorragies du post-partum, reprend cette idée : « S'il persiste un fort écoulement de sang, la cause en est ordinairement une rétention placentaire. On ne constate parfois, des jours durant, que des pertes séro sanguines profuses jusqu'à l'apparition d'une violente hémorragie. Les débris placentaires doivent être enlevés pour arrêter l'hémorragie et prévenir la putréfaction. Il faut employer le doigt ; la curette expose à la perforation et à la thrombophlébite. D'autres fois, il y a au niveau de la région placentaire des

« débris de caduque épaissis. Là encore, il faut
« éviter la curette. On réussit souvent, à mettre un
« terme à l'hémorragie, par le repos au lit, les injec-
« tions vaginales froides et l'administration de
« seigle ergoté. Si ces moyens échouaient, je vous
« conseillerais d'attendre pour procéder au curet-
« tage, la fin de l'évolution utérine ».

HOEHNE a publié, à la fin de 1914, un mémoire dont l'importance est capitale. Ce mémoire se fonde sur vingt-neuf cas de rétention placentaire observés en dix-sept ans à la clinique de Kiel, après des accouchements à terme. Dans tous cas où, le placenta ayant semblé complet, on constate pendant les suites de couches une perte de sang et un retard d'involution, on fera une révision utérine. S'il y a de la fièvre, il faut s'abstenir, sauf si l'hémorragie est profuse ; car les interventions ont alors une gravité extrême. S'il y a infection ayant dépassé l'utérus et, en même temps, hémorragie profuse, il pourra être mieux de faire l'ablation de l'utérus.

HOEHNE apporte donc une idée très originale à la question. Il est un des premiers à avoir reconnu l'action néfaste, dans certains cas, des manœuvres intra-utérines sur l'évolution de ces hémorragies tardives. Il signale le danger d'aggraver l'infection quand elle existe déjà et estime que, dans ce cas, on doit recourir à l'hystérectomie d'emblée.

Quoique le sujet de notre thèse soit les hémorragies consécutives à l'accouchement, nous signa-

lerons le mémoire de WALTHER (26) en 1915, où il s'agit d'avortements au cinquième et au sixième mois. Sur cinq de ces avortements, où l'on avait fait confiance à la nature pour assurer l'évacuation du placenta, il y eut un cas d'hémorragie grave et quatre cas de pertes sanguines légères et continues.

En 1921, VERMELIN (27), dans la *Revue Médicale de l'Est*, publie deux observations où il démontre que le siège anatomique fréquent de ces rétentions est le canal cervico-segmentaire. L'auteur insiste sur l'utilité, très grande de pratiquer un examen bactériologique, après un prélèvement au niveau du cotylédon retenu. Pour lui, la présence du streptocoque hémolytique doit faire proscrire tout curage ou curettage, et il faut recourir à l'hystérectomie. En cas de négativité du résultat, suivant les cas cliniques et la résistance de l'organisme, on peut utiliser la voie basse. Cet auteur semble être un des premiers qui fasse intervenir le rôle du streptocoque hémolytique dans le pronostic et dans la décision thérapeutique.

En 1921, J. WHITRIDGE WILLIAMS, (28) dit que :
« la cause la plus importante des hémorragies tar-
« dives est la rétention placentaire ; le placenta se
« nécrose, de la fibrine se dépose autour et cette
« masse empêche l'involution de la plaie placen-
« taire. La présence de déciduale non régressée peut
« empêcher la régénération de l'endomètre et favo-
« riser les hémorragies. »

Au cours de la même année, dans sa *Physiologie Obstétricale*, H. VIGNES (29) traite longuement la question de la rétention placentaire et des hémorragies qu'elle détermine : « La rétention de fragments placentaires après l'accouchement à terme est beaucoup plus rare que la rétention des membranes. Ces rétentions sont souvent certaines : en examinant le placenta, on a vu qu'il manquait un fragment de cotylédon ou un cotylédon succenturié (et dans ces cas on est coupable si l'on n'intervient pas d'emblée pour aller extraire ce débris). Mais assez souvent, il peut y avoir des rétentions de petits débris placentaires qui passent inaperçus, ou dont l'existence reste douteuse. Quelle va être la destinée de ces rétentions méconnues ? 1° Tantôt le cotylédon est expulsé spontanément ; tout à fait par hasard au bout de 4 ou 10 jours, on trouve dans le pansement vulvaire, en même temps qu'un écoulement sanguin notable, un cotylédon ou un fragment de cotylédon ; 2° le cotylédon s'infecte : c'est le cas le plus fréquent. Le placenta qui a terminé son rôle physiologique, va comme les membranes et plus qu'elles encore, être une proie facile pour l'infection et un repaire pour les germes infectieux. L'infection étant déclarée, il peut y avoir ou élimination spontanée ou, plus habituellement, non élimination. La rétention d'un débris placentaire avec infection pose un problème thérapeutique sur lequel l'accord n'est pas fait. J'ai montré,

« ailleurs, les dangers des curages et curettages
« dans le traitement de l'infection *post-partum*.
« Beaucoup d'entre les auteurs qui ont étudié la
« rétention placentaire avec infection, pensent qu'il
« ne faut pas plus intervenir que s'il y a rétention
« sans infection et qu'il faut respecter la barrière
« leucocytaire ; 3° Le cotylédon détermine des
« hémorragies. Les lochies restent sanglantes puis,
« vers la fin de la première semaine ou plusieurs
« semaines après, se produit une hémorragie su-
« bite, qui se renouvellera. L'état général peut
« devenir très grave du fait de l'anémie. Ces hémor-
« ragies sont liées à la présence de débris placen-
« taires, soit directement, comme il a été expliqué
« plus haut, soit indirectement par infection des
« vaisseaux utérins qui se rendent à la zone où il
« est resté attaché. Elles imposent, comme traite-
« ment, une extirpation rapide ; 4° La rétention
« placentaire qui détermine à la fois de l'infection
« et des hémorragies est une des éventualités les
« plus graves parmi les cas d'infection puerpérale
« et pose un des problèmes thérapeutiques les plus
« troublants. »

H. VIGNES (29), par ailleurs, dans un article de l'*Association médicale* (1923), souligne les points au sujet du traitement qu'il faut mettre en œuvre quand on connaît ou qu'on soupçonne la rétention placentaire :

« 1° La rétention de fragment placentaire avec
« infection est un point sur lequel l'accord n'est pas

« fait. On sait les dangers des curages et curet-
« tages dans le traitement de l'infection *post-par-*
« *tum*. Beaucoup d'entre les auteurs qui ont étudié
« la rétention placentaire avec infection pensent
« qu'il ne faut pas plus intervenir que s'il y a ré-
« tention sans infection et qu'il faut respecter la
« barrière leucocytaire. En tout cas si l'on inter-
« vient, on ne « visera » que le fragment retenu et
« on l'extirpera d'un doigt prudent. C'est seulement
« quand l'infection sera terminée qu'on pourra être
« amené à pratiquer un curettage, s'il reste quelque
« séquelle de la rétention...

« 2° La rétention détermine des hémorragies
« sans fièvre : il va de soi qu'il faut intervenir ; si
« l'on a eu un doute sur l'intégrité du placenta et
« si les lochies sont anormalement sanglantes, sans
« fièvre, on ira reviser la surface d'insertion pla-
« centaire, d'un doigt prudent, introduit sous le
« couvert de la plus stricte asepsie...

« 3° Une rétention placentaire compliquée de
« fièvre et d'hémorragie pose un des problèmes les
« plus troublants de l'obstétrique : il est évident
« que l'existence de l'hémorragie pose une indica-
« tion et que le plus tôt possible il faut tarir la
« source de cette hémorragie.

« Pour certains auteurs, il faut, par les voies natu-
« relles, aller décoller le débris placentaire. Quel-
« quefois cette pratique est couronnée de succès ;
« c'est ainsi qu'en décembre 1921, j'ai observé,
« dans le service de Demelin, une femme qui avait

« eu une délivrance spontanée, qui, le troisième
« jour, avait 40° et qui, le septième jour, avait 40°
« et qui, le septième jour, fit une hémorragie. Je la
« fis anesthésier, je vidai l'utérus de ses caillots par
« une injection intra utérine, j'explorai légèrement
« la surface placentaire et, ayant repéré le corps du
« délit, je l'enlevai aisément du bout du doigt sans
« agir sur aucun autre point de la paroi. Je fis con-
« tracter l'utérus par une seconde injection chaude
« et je terminais par un tamponnement au sérum
« anti-streptococcique. Les suites furent parfaites.

« Mais, malheureusement, ces interventions par
« les voies naturelles sont presque toujours désas-
« treuses : ces femmes soignées font, à la suite de
« l'ensemencement, une recrudescence d'infection
« qui les tue en quelques heures, surtout lorsqu'il
« existe du streptocoque.

« 4° Les indications de l'hystérectomie sont peut-
« être plus larges que nous ne venons de le dire
« dans l'ensemble des cas de rétentions placentaires.
« Mais cette voie est dangereuse et certains auteurs
« en ont déduit spécieusement des conclusions de
« ce genre :

« j'ai fait en cas d'infection un examen clinique
« négatif en ce qui concernait la présence d'une
« rétention placentaire ;

« j'ai fait néanmoins une hystérectomie ; j'ai
« trouvé une rétention placentaire méconnue ; donc
« il faut faire une hystérectomie, en cas d'échec des
« thérapeutiques habituelles...

« La rétention des masses placentaires volumi-
« neuses et adhérentes avec infection, est une indi-
« cation à l'hystérectomie. »

En 1924, DE LEE (30), consacre quelques pages à l'étude des « late puerperal hemorrhages ». La cause la plus commune est la rétention placentaire ou la rétention de membranes épaisses. Du placenta peut rester jusqu'au douzième jour, se décomposer et être expulsé sans grande hémorragie. La subinvolution, une infection légère, la rétroversion sont des causes de lochies sanglantes, ainsi que la rétention d'urine ou de matière et que les émotions. Il faut penser au chorio-épithéliome, à la rupture d'un anévrisme traumatique, au ramollissement d'un thrombus de l'insertion placentaire. Quoique grave, l'hémorragie est rarement fatale. Il faut se méfier du traitement local qui peut transformer une infection légère en une infection grave. On emploiera donc l'ergot, l'hypophyse, le massage utérin, la glace. En cas d'insuccès, on fera le tamponnement utéro-vaginal. S'il y a sûrement une masse à enlever, on emploiera le doigt ou une pince, mais jamais la curette.

A la même époque, dans leur *Manuel de l'Accoucheur*, DEMELIN et DEVRAIGNE (31) parlent des hémorragies par rétention placentaire et des hémorragies graves par chute d'une escarre (escarre consécutive à une intervention laborieuse).

La thèse de NOGUÈRES (32) est la production importante de l'année. Cet ouvrage est établi sur une

base de 35 observations, dont 9 sont recueillies à la Clinique Baudelocque. L'auteur conclut : « L'hémorragie tardive des suites de couches est presque toujours liée à une rétention placentaire. C'est un accident peu fréquent dont la gravité est en rapport quelquefois avec l'abondance et la persistance de l'hémorragie, plus souvent avec l'infection existante, aggravée par les manœuvres intra-utérines tendant à extraire les débris placentaires, curage digital ou curettage. Dans les cas où, avant l'hémorragie il n'existait aucun signe clinique d'infection grave, on est autorisé à pratiquer l'ablation par curage des débris placentaires, et on fera suivre cette opération d'un tamponnement aseptique. Si avant l'hémorragie, il y avait de gros signes d'infection, il vaudra mieux pratiquer une hystérectomie d'emblée, surtout si le curage semble difficile à effectuer. Si après avoir fait le curage, l'infection apparaît ou si elle augmente, dans les 36 heures qui suivent, il faut recourir à l'hystérectomie secondaire précoce ».

En 1926, DEROUVILLE et MADON (33), publient deux observations de rétention où ils tendent à montrer la nécessité de faire, à la fois, curettage et curage pour assurer l'évacuation utérine. Dans un des deux cas, le curettage n'ayant pu ramener la masse placentaire, c'est le curage qui permit de faire le nécessaire.

FRUHINGHOLZ et HAMANT (34), la même année, à

propos d'une hystérectomie dans un cas d'infection post-abortum, discutent la difficulté de l'indication thérapeutique et déclarent qu'on doit tendre vers l'hystérectomie d'emblée chaque fois que s'installent tardivement, après un délai moyen de dix jours, des accidents graves infectieux et hémorragiques. Le curettage ne devra être tenté que si l'état de la malade le permet et si les événements ne s'amendent pas ; il ne faut pas attendre au delà de 24 heures pour pratiquer l'hystérectomie.

COUVELAIRE (35), peu après, après avoir inspiré la thèse de NOGUÈRES, précise ses idées à la *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, dans une communication qu'il résume lui-même ainsi: « Les hémorragies « survenant tardivement au cours des suites de « couches après l'accouchement à terme ou près du « terme ne sont pas toujours en rapport avec l'exis- « tence d'une rétention de fragments plus ou moins « importants de cotylédons placentaires. Des métror- « ragies secondaires post-partum peuvent apparaître « en dehors de toute rétention après une, deux ou « trois semaines. L'apparition de ces hémorragies « coïncide avec l'apparition de symptômes révélant « l'existence d'une infection sévère qui peut prendre « rapidement l'allure septicémique surtout si les « manœuvres intra-utérines, curage ou curettage « sont pratiquées dans le but de débarrasser l'utérus « des débris placentaires dont on était en droit de « supposer l'existence. J'en ai observé 3 cas : le « premier après simple exploration de la cavité uté-

« rine a évolué vers la guérison après quelques jours
« de fièvre sans que l'hémorragie se soit reproduite.
« Les deux autres étaient des cas graves : l'un traité
« par le curage, le curettage et le tamponnement
« s'est terminé par la mort ; l'autre qui était com-
« pliqué d'une annexite à streptocoque non diagnos-
« tiquée avant l'intervention a été traité par l'hysté-
« rectomie vaginale d'emblée. — La malade a guéri.
« — Le syndrome hémorragique et septique heu-
« reusement exceptionnel mérite d'être individua-
« lisé. On peut lui donner le nom de *forme métror-*
« *rhagique de l'infection puerpérale*. Son évolution
« est comparable à celle des hémorragies secondaires
« se produisant au niveau des plaies infectées. Le
« seul traitement à lui opposer dans les formes
« graves est l'hystérectomie d'emblée. »

M. le Professeur COUVELAIRE introduit ainsi, dans la question, une idée nouvelle fort importante. Alors que jusqu'ici on attribuait les accidents hémorragiques tardifs des suites de couches à une rétention placentaire, il apparaît que, dans un certain nombre de cas, assez fréquents, ces hémorragies peuvent être dues à l'infection, et selon lui, dans ce cas, la gravité du syndrome fait que parfois le seul traitement opposable est l'hystérectomie d'emblée.

Cette communication va mettre en plein relief ce chapitre des suites de couches et entraîner la publication de nombreux, très nombreux travaux sur le

sujet dans les années qui vont suivre. En les passant rapidement en vue, nous avons autant pour but de continuer notre historique que de montrer combien l'opinion de chacun peut varier selon les cas, et comme le même auteur peut quelquefois, selon les résultats troublants qu'il a obtenus, être amené à modifier du tout au tout sa ligne de conduite, sans pour cela avoir peut-être une opinion définitive sur la question.

Le 19 avril suivant, LÉVY-SOLAL et RAVINA(36) rapportent cinq cas d'hémorragie secondaire du post-partum indépendants de toute rétention placentaire. Ces hémorragies, dont l'origine découle de l'infection utérine, paraissent analogues aux hémorragies secondaires des moignons chirurgicaux des plaies de guerre, suggèrent ces auteurs. Au point de vue thérapeutique, ils s'abstiennent de tout curage ou curettage pour ne pas disséminer l'infection. Ils emploient le filtrat de streptocoque pour les pansements intra-utérins ; le streptocoque, à leur point de vue, augmentant beaucoup la gravité de l'endomérite. Si une amélioration nette ne se produit pas rapidement, ils sont partisans d'une hystérectomie vaginale.

LE LORIER, après eux (37), relate une observation de rétention cotylédonnaire post-partum où, après avoir fait un curage, l'état général de la malade s'étant aggravé, il pratiqua une hystérectomie totale suivie de drainage de Mickulicz.

Après une phlébite qui immobilisa la malade

longtemps, mais fixa l'infection, la guérison survint.

Dans la même séance, le Professeur BRINDEAU (38) rapporte deux observations de syndrome infectieux et hémorragique sans rétention. Il fit une hystérectomie dans les deux cas, il y eut un décès.

DÉVÉ (39) expose également un cas d'hémorragie post-partum à répétition traité par l'hystérectomie vaginale *in extremis* qui fut suivi de mort. La vérification permit de voir la vacuité de l'utérus.

FRANCK (40), qui dans un article de *Archiv. für Gynäkologie* en juin, rapporte que, sur 460 cas d'hémorragie, après avortement ou accouchement, il y eut souvent à incriminer une involution défectueuse des vaisseaux et de la déciduale et que la rétention n'était pas toujours en cause.

PIERRE RÜCKER (41), en septembre, au cours d'études sur la rétention placentaire, insiste sur la fréquence des hémorragies.

L'année 1927 va voir se multiplier les observations. En avril, DEROMPS (42) apporte une observation d'où sont tirées des conclusions intéressantes et des hypothèses originales. Ces cas de forme hémorragique de la fièvre puerpérale, où l'on incrimine notamment le streptocoque, sont indéniables, mais pourraient bien avoir d'autres facteurs étiologiques. Il y a les modifications du sang et des vaisseaux, pouvant relever d'infections générales comme la syphilis, le paludisme, etc... Ces causes pourraient se disputer les cas de métrorragie

survenant sans rétention placentaire, avec la forme hémorragique de l'infection puerpérale individualisée par l'Ecole Parisienne. A son avis, on peut aussi attacher une grosse importance à des facteurs étiologiques d'ordre local comme une endométrite antérieure.

En mai 1927, H. VIGNES et R. LEROUX (43), rapportent à la *Soc. Anatomique*, l'observation d'une femme hystérectomisée pour hémorragie au neuvième jour des suites de couches. L'examen histologique de la pièce anatomique montra des débris placentaires paraissant particulièrement adhérents et, à côté, une zone de nécrose de la paroi utérine, muscle et couches juxta-muqueuses du muscle. Cette observation est reproduite dans la thèse de DIGONNET, sous le n° 13 avec une micro-photographie montrant l'état de la paroi utérine.

MENACHÉ (44), le 30 novembre, relate une observation d'hémorragie tardive du post-partum survenue chez une secundipare, après un accouchement et une délivrance paraissant complète. Au dixième jour, une hémorragie se produit à la suite d'un effort ; elle paraît s'arrêter sous l'influence d'un tamponnement et d'injections chaudes. L'auteur fait cependant un curettage qui ne ramène pas de débris placentaires. Il n'y avait pas eu de température dans les dix jours précédents du post-partum ; les suites furent bonnes.

CARL MAGNUS RYBERG (45), dans un mémoire, rapporte qu'en vingt ans, il y a eu 45 rétentions pla-

centaires à la Clinique de Lund, sur 21.053 femmes, dont 28 accouchées à la clinique et 17 au dehors. Sur le nombre, il y a eu 21 hémorragies graves (soit 47 %). L'apparition de l'hémorragie a eu lieu : dans 55 % de ces 21 cas, au cours de la première semaine ; dans 36 %, au cours de la deuxième et troisième. et dans 9 %, entre le 31^e et le 60^e jour. La fièvre a été observée dans 30 cas (70 %). Dans la moitié des cas, le placenta a été expulsé spontanément (14 cas sur les 28 accouchées à la Clinique).

VIRGILO DE AGUIAR (45) publie une observation d'un cas d'infection hémorragique du post-partum : les suites de couches avaient été fébriles pendant 4 jours, du 6^e au 10^e jour ; au 13^e jour avaient eu lieu des rapports sexuels. A l'exploration, la cavité se montre vide de tout débris placentaire.

En 1928, paraît l'importante thèse de DIGONNET (46) sur les hémorragies secondaires du post-partum.

Cet ouvrage qui est fondé sur l'observation de 29 cas, dont 19 furent enregistrés à la Clinique Baudelocque, est un des plus complets qui soient sur la question. L'auteur y a étudié toutes les modalités cliniques anatomo-pathologiques et bactériologiques des deux formes du syndrome hémorragique tardif du post-partum avec ou sans rétention placentaire. Il tire ensuite de ces analyses parallèles, des considérations d'un ordre diagnostic, pronostic et thérapeutique, d'où il ressort que :

1^o Aucun des signes cliniques accompagnant les phénomènes hémorragiques n'est capable d'orienter le diagnostic d'une manière certaine. Un seul moyen, le toucher intra-utérin, va permettre de savoir à quelle catégorie d'hémorragie on a affaire. Cette exploration toutefois n'est pas toujours commode, et peut quelquefois donner des impressions insuffisamment nettes, et, ce qui est plus, elle n'est pas sans danger quant à l'évolution ultérieure de l'affection. Il peut y avoir un coup de fouet donné à l'infection latente par cette intervention.

2^o Le pronostic des formes sans rétention placentaire semblerait moins mauvais que dans les autres cas avec rétention. Dans tous les cas, quand l'hémorragie est accompagnée de signes infectieux graves, le pronostic est plus assombri.

3^o La thérapeutique ne peut avoir de règles fixes. Il y a des cas qui ne nécessitent aucune thérapeutique locale active. La thérapeutique intra utérine qui est la plus logique est suivie parfois de telles complications infectieuses qu'on a tendance à la rejeter. L'exploration devra être pratiquée avec douceur dans la crainte du réveil de l'infection. De deux choses l'une, ou : 1^o Elle fait sentir un fragment placentaire qui peut être sera décollé facilement dans les cas où il est lâchement pédiculé. Sinon s'abstenir de manœuvres brutales, ne pas chercher à le retirer, le curage et le curettage sont dangereux. On doit préférer l'hystérectomie, et cela d'autant plus facilement qu'il existe des pous-

sées fébriles ; 2° Si l'exploration est négative, le curettage est toujours à rejeter. On se bornera à pratiquer un tamponnement avec une mèche iodoformée, soit mieux, avec une mèche imprégnée de filtrat streptococcique. Mais lorsque dans ces cas d'hémorragies sans rétention placentaire il existe des signes infectieux et que l'hémorragie se répète, on ne doit pas hésiter à pratiquer l'hystérectomie.

En 1928 également, Jean BUREAU (47), dans sa thèse, à l'instigation de son Maître SCHWABB, étudie l'action de l'hypophyse sur la délivrance. Pour lui, l'hypophyse injectée pendant l'expulsion favorise la délivrance et donne des déboires si elle est injectée après l'expulsion, car elle favorise des contractions anormales de l'utérus vide, et, partant, la déchirure possible des membranes et du placenta.

Nous signalons ici ce point, qui, sans appartenir directement au sujet étudié par nous, n'est cependant pas sans rapport avec la genèse des rétentions placentaires, qui, plus tard pourront devenir des causes d'hémorragies. L'emploi de l'extrait hypophysaire, si diffusé actuellement, pourrait peut-être expliquer pourquoi, au cours des dernières années, on a pu observer tant d'hémorragies.

En mars 1928, DESNOYERS et DIGONNET (48) rapportent une observation dans le but de montrer le mutisme de la sémiologie dans certains cas. Le pre-

mier signe, qui fut l'hémorragie, apparut au 10^e jour, et rien ne pouvait faire supposer qu'il y avait rétention.

VERMELIN et DELFOURD (49) rapportent un cas de rétention où fut mise en œuvre toute la thérapeutique. Après un accouchement à terme, une délivrance paraissant complète, suivie cependant d'un écoulement sanguin assez important, il se produit dans les suites de couches un syndrome hémorragique et infectieux. Huit jours après, on fait un curage qui aggrava l'état général. Au vingt-troisième jour, on pratique une hystérectomie vaginale. La guérison fut lente. L'hystérectomie vaginale après curage prudent apparaît aux auteurs comme la seule intervention efficace quand les phénomènes infectieux persistent.

A propos d'une observation qu'il publiait peu avant (*Soc. d'Obst. et Gyn.* Paris, 12 mars 1928). DESNOYERS (50), après avoir rapidement rappelé les faits, esquisse une pathogénie toute hypothétique, mais qui mérite d'être citée. Pour lui, tout se passe comme si l'utérus dans les jours qui suivent l'accouchement était envahi par les germes pathogènes dont le développement serait particulièrement favorisé par la rétention placentaire. Pendant le temps de cette prolifération, l'aire placentaire est cicatrisée ou presque et, en général, peu vulnérable à l'infection. On n'aura donc qu'une endométrite discrète, ou, simplement, la cavité utérine sera envahie par les germes microbiens. Le moindre traumatisme intra-

utérin sera l'occasion pour ces agresseurs aux aguets, de produire un envahissement septique de l'organisme. Ce traumatisme, le curage ou le curettage le produisent. L'auteur considère d'autre part, la difficulté d'un pronostic constant, déplorant que dans ces affections, ni l'examen clinique, ni l'exploration intra-utérine, ni l'étude bactériologique ne peuvent permettre de dire la gravité du cas, condamnant ainsi toute thérapeutique active en temps utile pour laquelle on prendra une décision souvent en s'en remettant pour une certaine part au hasard. D'où la nécessité de posséder une technique impeccable de la délivrance, savoir bien la vérifier pour permettre une révision immédiate, ce traitement prophylactique étant destiné à éviter le plus de cas d'hémorragies tardives par rétentions, dont on ne possède pas encore de traitement bien établi.

TRILLAT et EPARVIER (51), en avril 1928, publient trois cas d'hémorragies tardives suivies de mort. Dans un cas seulement, il y avait rétention placentaire. Deux fois, on pratique seulement un curage : dans le troisième, le curage dut d'abord être pratiqué, et ayant déterminé un syndrome infectieux, il fut suivi d'une hystérectomie. Les auteurs concluent que la thérapeutique est toujours difficile à décider, mais que, devant la gravité des complications infectieuses amenées par la thérapeutique intra-utérine dans certains cas, il faut choisir entre l'abstention ou l'hystérectomie.

LE LORIER (52) publie, le 11 juin, un cas d'hémor-

ragie grave avec fièvre au 15^e jour du post-partum par rétention placentaire. L'auteur a pratiqué, d'emblée, une hystérectomie, au troisième jour du syndrome hémorragique et au milieu de signes d'infection intense. La guérison fut assez rapide.

VORON et MOULINIER (53), en juillet, rapportent une observation d'hémorragie tardive du post-partum, dans laquelle la thérapeutique appliquée fut un curage qui fut suivi d'une infection sérieuse. Les auteurs discutent longuement l'opportunité de l'hystérectomie. Pour eux, cette opération mutilante et non exempte de dangers pourra souvent être évitée si l'on s'inspire de leurs considérations: 1^o Si l'hémorragie est très abondante et répétée et que les petits moyens ont échoué, une exploration prudente montrera la possibilité d'extraire les débris, sans traumatiser la muqueuse. Dans les cas où cette manœuvre est impossible, ou si on ne trouve rien, alors il faut pratiquer l'hystérectomie; 2^o Dans les autres cas, le traitement médical doit suffire. Dans la même réunion le professeur VORON avec CHAVANT, produisent une observation tendant à démontrer l'avantage de l'abstention formelle.

HARTEMANN (54), le même mois, relate un cas où l'efficacité du curage se manifestait non seulement sur le syndrome hémorragique, mais aussi, malgré une légère aggravation de peu de durée, sur le syndrome infectieux. En outre, cette observation montre le rôle possible sur la rétention de l'endométrite et de l'insertion basse.

M. le professeur COUVELAIRE dans un article avec ses élèves PORTES et DIGONNET (55), résume ses conceptions, comme il suit :

« Le traitement des métrorragies au cours des
« suites de couches, après accouchements à terme ou
« près du terme, reposait jusqu'à ces dernières
« années sur une notion très simple : l'hémorragie
« était conditionnée par la rétention d'un fragment
« plus ou moins important de placenta, il était né-
« cessaire et suffisant d'en pratiquer l'ablation par
« curage ou curettage. Ce schéma étiologique et thé-
« rapeutique aussi simple qu'optimiste ne nous
« paraît pas devoir être accepté sans réserves. Il ne
« tient pas compte de faits dont nous avons déjà, à
« plusieurs reprises, souligné l'importance :

« 1° Les métrorragies au cours des suites de
« couches ne sont pas toujours conditionnées par
« une rétention placentaire. Sur 20 cas observés à
« la clinique Baudelocque en série continue, il n'en
« est que 10 où existait une rétention placentaire ;

« 2° La gravité des métrorragies au cours des
« suites de couches, qu'il y ait ou non rétention
« placentaire partielle, dépend moins de l'abondance
« de la perte de sang que de l'affection utérine con-
« comitante. Cette infection utérine est souvent
« latente ou discrète jusqu'à l'apparition de la pre-
« mière hémorragie. Avec l'hémorragie, apparaissent
« en règle générale des signes d'infection à allure
« plus ou moins grave, les réactions violentes pou-
« vant s'apaiser rapidement comme s'éteint un feu

« de paille, ou au contraire persister et s'aggraver
« avec reprise des hémorragies. L'état général est
« fortement atteint. L'anémie hors de proportion
« avec la quantité de sang perdu est souvent impres-
« sionnante ;

« 3^o Toute manœuvre intra-utérine, curage ou
« curettage est susceptible de déclancher dans ces
« syndromes septico-hémorragiques une diffusion de
« l'infection dont on ne peut prévoir les consé-
« quences. L'ablation digitale d'un cotylédon dé-
« collé, la simple exploration intra-utérine sont habi-
« tuellement suivies d'une forte élévation de la tem-
« pérature et de frissons. Et lorsque l'utérus a été
« violenté, par curage s'acharnant à enlever un
« cotylédon adhérent, ou curettage aveugle et incom-
« plet, cette réaction loin d'être passagère n'est
« habituellement que le prélude d'une infection
« générale à marche rapide ».

L'auteur se basant sur l'expérience acquise par les cas de la clinique Baudelocque trace les lignes de conduite suivantes : « Si on trouve dans le vagin
« ou dans le col un cotylédon placentaire décollé et
« expulsé de la cavité corporeale, il faudra se borner
« à l'enlever et se garder de pénétrer inutilement
« dans l'utérus.

« Si on ne trouve rien ni dans le vagin, ni dans
« la cavité cervicale, on n'explorera la cavité cor-
« poreale que si l'état général au point de vue ané-
« mie ou infection est réellement grave.

« Si l'exploration intra-utérine a été jugée néces-

« saire, le doigt explorateur peut trouver un cotylé-
« don décollé ou presque complètement décollé, il
« sera très simple de le cueillir. A cette manœuvre
« devra se borner l'intervention intra-utérine.

« Si le doigt explorateur reconnaît l'existence
« d'une saillie pouvant correspondre à un cotyle-
« don adhérent, il faut se garder de vouloir curer,
« écouvillonner ou curetter l'utérus, sous peine de
« voir s'aggraver rapidement une situation déjà
« sérieuse par elle-même. Il faut opter délibérément
« pour une hystérectomie d'emblée sans curettage
« préalable.

« S'il n'y a rien dans la cavité utérine, le plus
« sage est de laisser la malade en observation, et si
« la poussée fébrile qui suit l'exploration ne s'apaise
« pas dans les quarante-huit heures, ou si une nou-
« velle hémorragie se produit, le mieux est de pra-
« tiquer une hystérectomie d'emblée.

« L'hystérectomie par voie abdominale avec con-
« trôle des pédicules veineux, nous paraît, en règle
« générale, la technique la meilleure, la réalisation
« technique de l'hystérectomie vaginale après l'ac-
« couchement à terme n'étant pas toujours très
« aisée. Tels sont les principes généraux qui diri-
« gent actuellement notre conduite. Ils peuvent se
« résumer en une formule très simple : et suivant
« les circonstances cliniques, ne rien faire comme
« traitement local intra-utérin et se borner au trai-
« tement médical, ou pratiquer une hystérectomie
« d'emblée, sans curettage préalable. »

METZGER (56), à propos de la communication de MM. COUVELAIRE, PORTES et DIGONNET, fait une mise au point thérapeutique personnelle. A son point de vue, il est de toute évidence que la prophylaxie doit être des plus sévères dans tous les cas (bien faire la délivrance, savoir vérifier le mieux possible son intégrité, et en cas de doute, pratiquer une révision reconnue non dangereuse jusqu'à la 12^e heure). Si l'on reconnaît plus tard une rétention cotylédonnaire, l'abstention de toute manœuvre intra-utérine doit être une règle. Lui-même s'effraie peu d'une infection en pensant au traitement médical en tête duquel il fait une toute première place à l'abcès de fixation. Si ce traitement se montre inefficace ou insuffisant, on aura recours à l'hystérectomie.

A la fin de l'année VERMELIN (57) consacre à la question une publication intéressante suivie de quinze observations. Dans une première partie, il fait un exposé pathogénique. Selon lui, la rétention placentaire qui est rare à cause de l'examen systématique du placenta, peut exister quand même car le contrôle peut avoir été difficile. — Cette rétention résulte de toutes les causes qui modifient le mécanisme physiologique du décollement placentaire — on la trouve donc aussi bien chez les multipares que les primipares, et il n'est point besoin non plus qu'il y ait un passé pathologique gynécologique. Cependant il est rare que la délivrance se soit passée sans incident, dit-il à l'encontre de Noguères. Pour lui on accuse trop souvent les

adhérences anormales du placenta d'être la cause de la rétention cotylédonnaire ; c'est plus à un trouble dans les phénomènes dynamiques de la délivrance qu'il faut accorder le rôle principal dans les causes de cette complication. L'insertion basse sur le segment inférieur crée des troubles capables de modifier le dynamisme physiologique de la délivrance et cette insertion basse est souvent méconnue, ne se manifestant par aucun signe clinique. C'est la cause fréquente des rétentions cotylédonnaires avec quelques aberrations du dynamisme mal connues jusqu'ici (inertie, absence de rétraction et irrégularité du décollement).

Il base le pronostic sur l'existence de l'infection estimant que l'examen bactériologique ne peut être d'aucun secours. Au point de vue thérapeutique, l'auteur conclut :

1° Dans le cas où les rétentions amènent des hémorragies, le curage digital trouve son indication d'autant plus que l'hémorragie arrive tard dans les suites de couches.

2° S'il y a infection bénigne — conduite délicate — curage ou hystérectomie ?

De toutes manières, le déclanchement d'une infection à allure grave, 48 heures après le curage, doit faire décider l'hystérectomie.

3° Si l'infection revêt d'emblée une allure grave, alors seule l'hystérectomie abdominale ou vaginale laisse entrevoir un avenir favorable. Le curage dans

ce cas augmenterait la gravité, en ouvrant de nouvelles voies à l'infection ascendante.

ESTIENNY et RIBAT (58), en décembre, rapportent un exemple destiné à montrer l'échec complet qu'ils ont obtenu avec la conduite classique qu'ils avaient toujours adoptée en cas d'infection grave avec rétention placentaire. Le curettage fut suivi de thrombo-phlébite et la mort eut lieu au 55^e jour. Ils discutent à la suite de ce résultat les faits suivants : Ne rien faire ou hystérectomiser ? Problème délicat. Y-a-t-il des antiseptiques ou des vaccins qui peuvent réaliser une action prophylactique contre l'infection ?

En l'année 1929, la question fait l'objet de nombreuses publications :

FEUCHTER (59), en janvier, rapporte une observation d'hémorragie tardive du post-partum sans rétention placentaire. La femme avait fait, trois heures après la délivrance, une petite hémorragie, le placenta ayant paru complet, on ne fit pas de révision, après un post-partum subfébrile, au 7^e jour, apparut une hémorragie avec une température à 39° et un pouls à 110. On fit un curage, puis un curettage qui ne ramenèrent aucun débris placentaire ; l'expectative armée fut observée ; en cas de nouvelle hémorragie ou infection grave dans la suite, on aurait pratiqué l'hystérectomie. Mais après quelques clochers de température, la femme quitta le service, bien portante, au bout de 18 jours.

Peu de temps après, DE VESIAN et SOLAL René (60) signalent l'importance de la transfusion sanguine qu'on devra toujours faire selon eux, et aux plus hautes doses, même si on doit changer de donneur. Dans le cas rapporté, la famille ayant refusé l'hystérectomie, on pratique, mais à regret, un curettage. Dans la suite, tout rentra dans l'ordre. Les auteurs se félicitent devant les suites heureuses d'avoir employé les tamponnements utérins au bouillon vaccin.

En février SIEGFRIED BECKMANN (61), dans un article de la *Zentralblatt für Gynakologie*, montre que la cause la plus fréquente des hémorragies tardives est la rétention du placenta. Mais elles peuvent aussi résulter d'une destruction insuffisante de la membrane déciduale comme des examens histologiques ont permis de le constater. La déciduale montrait une dégénérescence hyaline et contenait de gros vaisseaux thrombosés.

ESTIENNY (62), en mars, relate une observation où après un accouchement normal et des suites de couches physiologiques, la malade est atteinte, dix jours après son lever, au vingt et unième jour après son accouchement, d'une hémorragie compliquée d'un léger syndrome infectieux. Le curettage que l'on pratiqua entraîna une perforation utérine. L'auteur fit une hystérectomie subtotale, les suites furent bonnes. Il rapporte ce cas parce qu'il constitue un exemple typique de la friabilité du muscle utérin dans ces circonstances. La pièce anatomique

montrait une minceur exagérée du fond de l'utérus dans lequel, il n'y avait pas de débris placentaires.

FAVREAU (63), en avril, rapporte une observation à la suite de laquelle il discute avec précision la thérapeutique de ces accidents, insistant sur la nécessité de faire un diagnostic étiologique, ce qui règle la marche à suivre. Il distingue d'une part, les hémorragies sans infection, causées ou par la rétention ou d'origine endocrinienne, discrasique ou nerveuse ; et d'autre part, les hémorragies d'origine infectieuse, avec ou sans rétention. Pour lui, il faut beaucoup compter sur le traitement médical qui sera celui de la plupart des cas, et on aura recours à l'hystérectomie, que lorsqu'il ne sera pas applicable, parce que trop tardif ou dans les cas d'infection et d'hémorragies sévères.

PERY et BARTHÉLÉMY (64) à la même époque, publient un cas d'hémorragie secondaire survenu chez une secundipare dont l'accouchement et la délivrance avaient été normales et chez laquelle, au premier accouchement, une hémorragie s'était produite au dixième jour dans les suites de couches. Dans ce deuxième incident du même genre, n'ayant pas trouvé de débris à la revision utérine, et la malade ayant 38° le lendemain, ils pratiquèrent sans délai, l'hystérectomie subtotale, ce dont ils se félicitent, à cause de la probabilité du syndrome infectieux hémorragique devant lequel ils se trouvaient.

En mai 1929, EPARVIER (65) apporte une observation intéressante par le fait d'abord, que l'hémorragie s'est produite un mois après l'accouchement. D'autre part, au cours de l'exploration digitale, l'auteur traverse la paroi utérine. Malgré cet incident, les suites furent bonnes et on n'eut pas à intervenir autrement.

TRILLAT et DOUILLET (66) viennent, dans la même séance, renforcer ce point curieux; ils mettent en évidence également le cas de friabilité de l'utérus, le même accident leur étant survenu. Ces auteurs concluent qu'on ne sera jamais trop prudent dans la décision d'une intervention intra-utérine car il faut se rappeler qu'aux dangers si grands déjà d'infection utérine consécutive à ces manœuvres, viennent s'adjoindre des risques de perforation.

VORON et BAUSSILLON (67), le mois suivant, se montrent assez ennemis de toutes manœuvres intra-utérines, et dans le cas présent relaté par eux, l'hémorragie n'ayant jamais été alarmante, ils ne pratiquèrent que le traitement médical.

HOUEL, LARRIBÈRE et SESINI (68), peu après, rapportent deux observations destinées à concrétiser leur opinion sur le sujet. Pour eux, les interventions intra-utérines, mêmes minimales, peuvent appeler les pires complications et le traitement médical, ainsi que l'expectative armée dans le cas où l'hystérectomie se montrerait urgente, doivent être la ligne de conduite.

MENACHÉ et MODIANO (69), au sujet d'une rétention

placentaire à manifestation hémorragique, discutent la sévérité du Conseil de l'Ecole Parisienne. Ils leur répugnent de laisser des débris placentaires dans l'utérus, et l'hystérectomie leur paraît être une ultime décision. Ils préfèrent encore le curettage, et dans le cas rapporté, les suites furent heureuses.

Au cours de cette année, un travail important a été publié : la thèse de PIERRAGI (70). Ce travail est fondé sur un grand nombre d'observations dont la plupart sont inédites. Sur les 50 cas relatés, 26 sont des hémorragies avec rétention placentaires, et 24 appartiennent à la forme hémorragique infectieuse. Pour l'auteur, les hémorragies tardives des suites de couches constituent une complication importante de la puerpéralité tant au point de vue de leur fréquence relative qu'il estime à 2 pour 1.000, qu'à celui de leur taux de mortalité qui s'élève de 20 à 25 %. Il reconnaît deux classes d'hémorragies avec ou sans rétention placentaire. A son avis, il n'y a aucun syndrome bien individualisé de ces formes, mais cependant, il semble que dans les hémorragies dues à la rétention, la délivrance a souvent été pratiquée artificiellement, et que dans ces cas les hémorragies ont tendance à se montrer plus tardives. Il reconnaît dans les deux cas des formes bénignes et des graves, mais jamais, dès le début de l'hémorragie, il n'est possible de trouver des signes permettant de porter un pronostic. Il ne souscrit pas à un traitement systématique qui pour certains auteurs n'a pas de milieu entre l'expectative

absolue et l'hystérectomie ; à son point de vue, le curettage et le tamponnement sont à rejeter ; il dit même que le tamponnement ne doit pas durer plus de deux heures, et que si on le pratique, on se met dans la voie de faire une hystérectomie. Dans les hémorragies par rétention, on fera le curage et rien d'autre. Si la situation est aggravée par la suite, l'hystérectomie sera envisagée, de même que pour les formes sans rétention qui paraissent graves d'emblée ; mais pour celles-ci, le traitement médical, la plupart du temps, se montrera suffisant.

H. MIHAILIDE (71) rapporte une observation à la fin de laquelle il conclut que seulement dans les cas exceptionnels où les restes peuvent être très adhérents à la paroi utérine, l'hystérectomie d'emblée est indiquée.

ANDERODIAS et JEANNENEY (72), à l'occasion d'une observation, démontrent le rôle nettement établi de l'infection dans la genèse des hémorragies. Ils regrettent de n'avoir pas pu faire dans le cas présent, l'hystérectomie précoce, comme ils le préconisent toujours en face d'hémorragies graves.

BOURSIER et MAUGÉ (73), rapportent une observation, où ils montrent une fois de plus, l'importance de pratiquer l'hystérectomie très précocement, dans la forme métrorragique de l'infection puerpérale. Dans le cas qu'il eurent à observer l'hystérectomie trop tardive fut suivie de mort.

L'année 1930 verra se poursuivre le flot de publications sur la question (1).

PÉRY (74) relate un cas où l'hémorragie fut suivie de mort, en raison de l'hésitation qu'on montra à faire une hystérectomie, dans la croyance où on se trouvait d'être en présence d'une forme hémorragique légère, à cause de l'absence de température. Dans ce cas, le col s'était toujours maintenu fermé, et cependant, la vérification ultérieure permit de voir qu'on se trouvait en présence d'une rétention placentaire ; ce qui infirme l'idée admise classiquement, que dans les cas de rétention, le col reste béant.

BAUSSILLON (75), rapporte un exemple d'hémorragie sans rétention et sans signe d'infection où le curage prudent amena la sédation des symptômes.

MENACHET (de Salonique) (76), au cours d'une observation d'hémorragie tardive due à une rétention, déclare qu'en dépit de quelques signes concomitants d'infection, il n'a pas hésité à pratiquer la thérapeutique classique dont il a déjà eu à se louer. Fort de ses résultats favorables, il estime encore malgré les cas malheureux qui ont pu en résulter, que le curage et le curettage ne doivent faire place que très rarement à l'hystérectomie.

VERMELIN et HAREMANN (77), rapportent un cas de

1. Devant l'abondance des publications et pour éviter les redites de mois nous avons simplement classer les observations chronologiquement dans l'année. Le lecteur trouvera les dates exactes à la bibliographie de chaque auteur.

réten tion où le curage fut suivi de guérison. Au cours des dernières années, Vermelin avait publié une série d'observations de rétention cotylédonnaire de l'analyse desquelles il résultait que le curage digital, intervention minime, pouvait, dans bien des cas, donner des résultats satisfaisants, quitte à recourir rapidement en cas d'insuccès à l'hystérectomie. Ils apportent à l'appui de cette thèse, une observation plus récemment recueillie dans le service du Professeur FRUHNSHOLZ. Dans ce cas, le curage digital, après des péripéties multiples, a donné finalement un succès ; sans doute l'hystérectomie pratiquée d'emblée eut pu donner un résultat semblable, mais l'inflammation du ligament large gauche était une contre-indication à son emploi. Les auteurs restent donc convaincus que, dans le cas où l'utérus est largement ouvert, le curage digital prudent reste indiqué chaque fois que l'état septicémique ne domine pas le tableau clinique.

EPARVIER (78), en avril, publie un mémoire important reposant sur 39 observations recueillies parmi 18.213 accouchements (moyenne 2,14 %). Dans 29 cas, on pratiqua des explorations intra-utérines, 26 cas furent suivis de guérison. Il y avait 10 rétentions placentaires certaines, 4 cas douteux, 8 cas de rétention de caillots et caduque, 7 cas où il n'y avait rien. Sur les 26 interventions, dans 13 cas il y avait de la fièvre dont 3 cas avec signes d'infection grave. L'auteur fait donc remarquer que : 10 cas sur 39 guérissent spontanément par le seul

recours du traitement médical. Il s'agissait évidemment de cas apyrétiques, avec des hémorragies peu abondantes. Dans les 10 cas de rétention, on enregistra 2 morts. Dans les 19 cas sans rétention nette, 16 peu graves, 3 cas graves. *Conclusions* : A) La rétention favorise l'hémorragie. Il n'y aura donc pas de trop bonne prophylaxie pour l'éviter. Dans le cas de moindre doute, faire une révision. S'il y a quelque difficulté dans le décollement, faire une délivrance artificielle pour ne pas faire de tractions trop violentes sur le placenta. B) L'exploration tardive doit toujours être pratiquée avec une grande réserve ; il faut la discuter soigneusement. Ce n'est que dans les cas où le traitement médical aura échoué complètement ou en partie qu'on pratiquera le curage. Il s'adresse surtout aux malades au bon état général dont la température sera récente, quand le pouls sera bon ; la dureté de l'utérus est une bonne indication. C) L'hystérectomie sera réservée aux cas graves d'emblée quand on sent l'état général peu résistant. On y aura recours également dans les cas où après curage, l'hémorragie reprend, ou que des signes intenses d'infection s'installent. L'auteur considère qu'il ne peut y avoir d'autres règles de conduite fixes, que les cas d'espèces réclament une décision guidée par le sens clinique, et que souvent, le curage bien prescrit suffit largement à amener une guérison. Les faits qu'il apporte abondent dans ce sens.

MODIANO (79) de Salonique) publie une observa-

tion pour montrer ce qu'il est advenu à une femme ayant eu antérieurement une hémorragie tardive du post-partum relatée plus haut dans une observation de MÉNACHÉ ; 10 mois après son rétablissement, la femme accouche d'un enfant pesant 4.000 grammes ; une délivrance artificielle est nécessaire. L'auteur trouve une résistance au niveau de la corne droite sur une surface de cinq francs, le placenta comporte un cotylédon supplémentaire inséré au milieu de ses membranes. La fois précédente, le délivre avait été complet en apparence. Il s'agissait peut-être également d'un cotylédon supplémentaire ? L'auteur insiste surtout sur l'intérêt que présente la décision thérapeutique du précédent cas. L'hystérectomie ayant été évitée, cela permit à cette femme d'avoir un enfant moins d'un an après, intérêt d'autant plus grand que le premier enfant vint à l'état de mort apparente et ne put être ranimé.

HOUEL et SY (80) montrent qu'au cours d'une infection grave, avec phénomène hémorragique, malgré que l'hémoculture se montra positive au streptocoque, ils eurent un résultat heureux par le traitement médical. Leur seule thérapeutique intra-utérine fut un drainage à l'aide de la sonde à double courant. Ils font remarquer par ailleurs que le fait qu'une hémoculture se soit montrée positive, n'implique pas forcément un pronostic sombre. A leur avis, il faudrait une série d'examen positifs pour amener la certitude d'un pronostic des plus réservés.

MARC RIVIÈRE (81), rapporte un cas de guérison par le traitement médical. En aucun moment la malade ne présenta de signes d'infection ce qui fit différer l'intervention. Cependant l'infection était bien en jeu, puisque la malade fit une phlébite gauche au 22^e jour après l'accouchement, douze jours après l'accident hémorragique qui fut jugulé lui-même en trois jours.

HANS HEIDLER (82), expose qu'à la Clinique de KERMAUNER, les hémorragies du post-partum deviennent plus rares, sans doute parce que l'obstétrique est devenue plus remuante et qu'on s'emploie davantage à activer le travail utérin par des substances diverses. La lenteur des accouchements qui entraînait souvent l'atonie devient moins fréquente. D'autre part, pour l'auteur, si on prend toutes mesures convenables pendant les différentes phases de l'accouchement, on évite bien des accidents dans le post-partum.

DIETEL (83) fait ressortir toute la difficulté du diagnostic dans certains phénomènes hémorragiques du post-partum. Il rapporte à cet effet deux cas où les hémorragies qu'il eût à constater au cours du post-partum, étaient dues à des lésions artérielles vaginales, ce qui montre combien l'examen méticuleux de la zone génitale devra être pratiqué avant de parler d'hémorragies tardives.

FAUGÈRE (84) relate un cas où l'hémorragie était due à une rétention placentaire après insertion basse du placenta.

VORON et PIGEAUD (85), publient un observation dans laquelle ils montrent la possibilité de plusieurs hémorragies du post-partum en dehors de toute rétention placentaire ou membraneuse. Peu après, ils signalent un autre cas, où le traitement médical leur assura la guérison et leur évita de recourir à l'hystérectomie pour laquelle ils se tenaient préparés.

VERMELIN et HARTEMANN (86) rapportent encore une observation de rétention cotylédonnaire du post-partum, où le curage digital amena la guérison.

PAUL PETIT DUTAILLIS (87), dans une revue générale soulève toutes les difficultés de l'indication thérapeutique dans les différentes formes d'hémorragies.

L'année 1931, loin de voir l'intérêt porté à la question s'estomper, va au contraire être le théâtre de nombreux travaux encore. Le couronnement en sera, l'honneur du premier plan réservé à la question, au VII^e *Congrès de l'Association des Obstétriciens et Gynécologues* de Langue française tenue à Bordeaux, du 1^{er} au 3 octobre 1931.

VERMELIN, (88) en avril, rapporte les résultats de la méthode obstétricale employée par son maître, le Professeur FRUHINSHOLZ et lui-même. Pour eux, le curage digital garde toute son indication d'une part quand l'hémorragie apparaît tardivement et n'est pas accompagnée par des signes d'infection grave, et d'autre part quand le col reste ouvert.

A la même époque GONNET et CHANNEILLES (89) tirent

des conclusions très intéressantes au sujet de 7 cas d'hémorragies tardives graves du post-partum traités par le curage. Aucun décès ne fut enregistré et on n'eut pas à faire d'hystérectomie. Le traitement médical se montra insuffisant et le curage fut pratiqué à des époques variables, en moyenne, entre le 2^e ou 3^e jour après l'apparition de la première hémorragie. Il n'y eut à la suite de cette intervention qu'une élévation thermique immédiate, mais courte. Comme complication on eut une phlegmatia, alba dolens unilatérale. Cette mortalité nulle est d'autant plus heureuse que plusieurs cas étaient de pronostic sévère, puisque 4 sur 7 accouchées étaient fébriles avant le curage et que deux avaient des affections intercurrentes (subasystolie et albuminurie). Ces résultats des plus satisfaisants engagent les auteurs à ne plus rayer le curage de la thérapeutique des hémorragies du post-partum quand le traitement médical n'a pas réussi. Pour eux, si l'hémorragie est tardive, postérieure au dixième jour, et que la température est normale, le curage garde toute sa valeur.

PLACINTIANU (90), peu de temps après, publie un mémoire important relatif à la question des hémorragies tardives du post-partum, établi sur tous les travaux produits sur le sujet depuis 1926. Après une analyse détaillée de ces deux catégories d'hémorragies secondaires il conclut: « 1^o Les hémorragies tardives des suites de couches, liées ou non à une rétention placentaire, sont souvent des

« complications qui assombrissent l'accouchement
« et exposent la malade à de grands risques ;

« 2^o Ces risques surviennent du fait de l'appari-
« tion de l'hémorragie qui par son débit et sa répé-
« tition peut provoquer un état d'anémie grave ré-
« duisant chez la malade le pouvoir de résistance,
« mais aussi par le fait que l'hémorragie s'accom-
« pagne d'un syndrome infectieux, qui a une valeur
« pronostique considérable ;

« 3^o Toute tentative thérapeutique doit, bien en-
« tendu, être évitée, si l'acuité du cas le permet,
« pour qu'on puisse au moyen de l'expectative, pré-
« ciser un diagnostic. Le toucher digital peut être
« utilisé dans un nombre restreint de cas, bien sé-
« lectionnés, et seulement dans l'impossibilité de
« faire le diagnostic de rétention par un autre moyen.
« La condition réclamée est qu'on le fasse sous la
« protection de la plus rigoureuse asepsie et que le
« col soit perméable ;

« 4^o Pour les hémorragies avec rétention, mais si
« le cotylédon est cependant libre dans le conduit
« utéro-cervical, l'extraction digitale, prudente,
« lente et aseptique, n'aboutit pas en général à des
« complications ultérieures ;

« 5^o Dans les cas de cotylédon adhérent, étant
« donné les difficultés offertes par le curage ou le
« curetage et les risques auxquels ces interventions
« exposent la malade dans les suites post-opéra-
« toires immédiates (perforation de l'utérus), ou tar-
« dives (septicémies), étant donné le fait que dans

« beaucoup de cas on ne peut pas obtenir une épu-
« ration idéale de la cavité utérine (car les pièces
« produites par les opérations ou les autopsies mon-
« trent la présence de masses placentaires même
« après le curage ou le curettage qu'on avait cru in-
« faillible); étant donné tous ces motifs, la présence
« du cotylédon adhérent doit immédiatement impo-
« ser la nécessité d'une hystérectomie ;

« 6° Dans tous les cas d'hémorragie secondaire,
« classée dans le groupe de la forme métrorragique
« de la fièvre puerpérale, il faut espérer et insister
« sur le traitement médical, local et général, et il
« suffit dans la majorité des cas ;

« 7° Pour toutes les formes graves dès le début ou
« aggravées pendant le traitement médical, l'hysté-
« rectomie abdominale avec le drainage à la Micku-
« licz est la seule ressource qui s'impose pour obtenir
« dans certains cas la guérison ».

II. — Etat actuel de la question.

La question des hémorragies tardives des suites de couches ayant été choisie comme sujet au *Congrès de Bordeaux* en octobre 1931, nous ne pouvons mieux faire pour en fixer les idées générales à l'heure actuelle, que de nous inspirer du rapport d'ANDERODIAS et PÉRY (91). Ce travail, fort documenté, enrichi d'observations de divers auteurs non publiées, repose sur toutes les productions parues sur la question depuis ces quinze dernières années, soit en tout un peu plus de deux cents observations. Si nous résumons les grandes lignes de ce rapport, nous voyons qu'il est admis maintenant, à l'unanimité, qu'il existe deux formes d'hémorragies tardives du post-partum : les hémorragies avec rétention villeuse et les hémorragies sans rétention.

Du point de vue étiologique, il apparaît que la fréquence des hémorragies tardives est de 1,55 % puisque sur 68.758 accouchements on note 187 cas. Les primipares et les secundipares semblent être plus souvent atteintes que les autres (77 % des cas). L'âge ne paraît pas avoir une grande influence et on trouve cas échelonnés à tous les âges. Les antécé-

dents pathologiques notamment chez les multipares ne semblent pas jouer un rôle bien déterminé en tant que facteur d'hémorragie. Dans un certain nombre de cas, il y eut aux accouchements antérieurs des accidents de la délivrance, dans d'autres les suites de couches furent pathologiques mais ce passé ne se montre pas d'une influence fatale sur l'avenir obstétrical des parturientes et il n'est pas rare qu'au cours des accouchements ultérieurs tout se passe bien pour elles. Il peut se produire souvent par contre qu'une multipare ayant eu des accouchements normaux antérieurement, voit son dernier post-partum troublé par des accidents hémorragiques tardifs. De l'histoire de la grossesse qui précède immédiatement on peut retenir un point curieux, c'est la fréquence des insertions basses du placenta. L'accouchement et la délivrance sont souvent marqués d'incidents.

Dans des cas assez nombreux, on peut voir des dystocies nécessitant des manœuvres obstétricales plus ou moins traumatisantes et dans un tiers des cas, il y a des troubles de la délivrance (hémorragies à la délivrance, délivrances artificielles).

Dans l'évolution des suites de couches depuis l'accouchement jusqu'à l'apparition de l'hémorragie, on ne trouve pas régulièrement de signes précurseurs de cette hémorragie. Un seul symptôme avant-coureur mérite une attention particulière, c'est la fièvre. Elle survient à des époques irrégulières avec une intensité variable, mais de toutes

manières on ne peut la considérer comme un indice absolu, puisque dans 46 % des hémorragies avec rétention et dans 63 % des cas sans rétention elle fait défaut. Il résulte de tout ceci qu'aucun incident dans l'histoire de la malade n'est capable de faire prévoir qu'une hémorragie va survenir.

La sémiologie de ces hémorragies est la même la plupart du temps dans les deux formes d'hémorragies avec ou sans rétention velleuse. L'hémorragie apparaît à une date fort variable ; on a pu la noter depuis les quarante-huit premières heures, jusqu'au vingt-huitième jour des suites de couches et il est difficile de situer un chiffre moyen entre ces deux extrêmes. Son abondance est variable, depuis 150 grammes jusqu'à un litre, comme on le trouve relaté dans une observation. Elle est unique, ou répétée, à des intervalles plus ou moins espacés ; l'aspect du sang est liquide ou en caillots de volume variable, franchement rouges la plupart du temps. Quand l'hémorragie est importante, elle s'accompagne de signes généraux d'anémie aiguë (pâleur de la face, lèvres cyanosées, extrémités refroidies, pouls rapide) ces signes sont surtout nets dans les cas d'hémorragies répétées à peu de distance. La durée de l'écoulement sanguin est irrégulière ; celui-ci cède quelquefois au traitement médical ou spontanément, parfois l'intervention d'urgence est nécessaire. L'examen de la zone génitale montre le plus souvent un utérus mou, douloureux, au niveau des cornes notamment dans certains cas avec réten-

tion. Le symptôme le plus important est la température. Dans les cas où elle existe, elle peut, soit précéder de quelques heures, soit accompagner l'hémorragie, soit encore lui succéder à une date plus rapprochée. Dans les cas où l'infection est préexistante, la température peut subir une poussée au moment de l'hémorragie.

Cette température et l'évolution qu'elle va subir, ainsi que les signes d'infection qui peuvent l'accompagner (facies terreux, yeux excavés, voies digestives saburrales, pouls élevé) sont d'une importance capitale pour guider le pronostic et plus encore la thérapeutique.

« Ce potentiel de défense » en effet, est la seule indication qui puisse faire estimer si la malade est capable de subir une intervention choquante ou un traitement plus doux.

Le diagnostic positif de ces hémorragies tardives est en général assez facile. Si une accouchée récente saigne au 5^e ou 6^e jour de ses suites de couches on s'assurera immédiatement que l'hémorragie est d'origine interne. Il faut éliminer des causes d'épanchements sanguins tels que ceux dus à une déchirure du col au cours d'un accouchement dystocique ayant nécessité des manœuvres obstétricales violentes (forceps élevé, ou sur un col rigide et insuffisamment dilaté). On se fera rappeler ou on se rappellera tout de suite les circonstances de l'accouchement. S'il existe des signes d'infection on sera tout de suite orienté. Un diagnostic plus ardu est

celui de fibrome. On s'assurera d'autre part de la non existence d'un néoplasme du col ou de polypes pouvant entraîner des phénomènes hémorragiques.

Une partie du diagnostic est de beaucoup la plus délicate, c'est le fait de préciser si cette hémorragie est liée à une rétention placentaire ou à l'infection.

Malgré que l'on se croit sûr de l'intégrité du placenta on ne peut rien certifier. Il est toujours difficile d'affirmer qu'une délivrance est absolument complète. Ne peut-il pas y avoir des cotylédons accessoires comme le fait a été signalé maintes fois ?

L'examen du col peut-il fournir des renseignements très précis ? Sa béance est-elle forcément l'indication d'une rétention ? Non. L'infection de l'utérus suffit dans certains cas à laisser le col entr'ouvert. La seule façon logique de savoir est de pratiquer un toucher intra-utérin, qu'on fera avec une grande douceur, en s'entourant de tous les soins d'asepsie nécessaires ce qui n'entraîne pas de graves conséquences si on se garde de pratiquer toute autre manœuvre intra-utérine. Quand le col est insuffisamment effacé on ne forcera pas. Les résultats de cette exploration ne seront pas toujours définitifs et les impressions recueillies quelquefois seront très vagues, mais on ne peut trancher sans l'avoir pratiquée.

Le laboratoire pourra être un auxiliaire précieux, surtout si les événements ne sont pas très pres-

sants. Un prélèvement de lochies permettra un ensemencement qui indiquera le microbe causal. Cet examen d'ailleurs n'aura qu'une valeur relative étant donné que la présence de microbes divers dans l'utérus a été démontrée sans qu'il y eut pour cela des phénomènes pathologiques décelables. L'hémoculture, dont la pratique peu fréquente au cours des observations jusqu'ici enregistrées empêche d'en donner une opinion définitive, permettra de voir le plus souvent la présence du streptocoque hémolytique ou non. Rarement un autre microbe a pu être incriminé, il a été cependant parfois trouvé du staphylocoque (DIGONNET).

La pathogénie de ces hémorragies nous est-elle bien connue ? Le nombre et la complexité des théories données jusqu'à ce jour permet de répondre tout de suite par la négative. Dans les hémorragies avec rétention, nul doute que dans un bon nombre de cas, c'est le décollement partiel du cotylédon qui entraîne l'hémorragie comme dans le phénomène physiologique de la délivrance. La meilleure preuve est que l'expulsion spontanée ou l'achèvement au doigt ou à la curette de ce décollement entraîne l'arrêt de l'hémorragie. Mais dans certains cas, l'examen des pièces anatomiques montre que le décollement n'était pas du tout commencé et il y avait tout de même hémorragie. De même dans le cas d'hémorragie sans rétention, la béance des vaisseaux ne peut être l'effet d'un clivage de la caduque utéro-placentaire.

Tous les auteurs qui ont tenté d'expliquer la genèse de ces hémorragies sans rétention n'ont pu donner de formule définitive. Il s'agit tantôt pour les uns de polypes formés par la dégénérescence hyaline de la muqueuse (KLAFTEN, VON KERMAUNER) ou d'atonie utérine tardive, de granulose placentaire (SCHICKELE), tantôt pour les autres, il faut faire une place particulièrement importante au rôle des germes infectieux, du streptocoque hémolytique en particulier (FROMME, BRINDEAU).

M. le Professeur COUVELAIRE insiste sur le fait que ces hémorragies tardives ne sont pas conditionnées par la chute d'une escarre ni par la rétention, mais par l'infection. En dehors de ces deux causes, rétention et infection, les allemands admettent facilement le rôle de l'atonie utérine secondaire des suites de couches, causée par l'excessive transformation des fibres musculaires en fibres hydopiques. Pour KIEFFER (de Bruxelles) en même temps qu'à la base tissulaire et anatomique de ces hémorragies, il faut encore peut-être faire intervenir « la part cérébro-spinale » qui peut jouer un rôle sérieux dans la genèse des paralysies vasculaires de l'utérus.

Toutes ces suggestions montrent combien la pathogénie des hémorragies tardives loin d'être univoque ne peut s'expliquer que par l'ensemble de ces théories diverses.

L'anatomie pathologique et la bactériologie viennent-elles en aide à cette pathogénie ? Les lésions trouvées macroscopiquement et microscopiquement

piquement dans les organes prélevés sont de nature inflammatoire. Dans les différentes couches de la paroi utérine, tant au niveau de la caduque que dans les régions conjonctivo-vasculaires et musculaires, on note la présence de nombreux polynucléaires et lymphocytes. Les régions vasculaires subissent surtout quelques perturbations, on voit de nombreux vaisseaux sanguins (notamment des veines) qui sont thrombosés. Au point de vue bactériologique, les microbes en cause sont le plus souvent le streptocoque, le staphylocoque rarement. D'autres bacilles gram-négatifs ont pu être décelés, mais on peut conclure en déclarant que seule l'action du streptocoque (hémolytique ou non) paraît bien établie.

Comment évoluent ces affections et quel est leur pronostic ? Leur pronostic est assez sévère ; on trouve en effet une mortalité totale de 32,87 % (chiffre qui est assez élevé). L'évolution, peut-on dire, est assez sournoise et dépend souvent de l'influence du traitement surtout pour ce qui est des hémorragies avec rétention dont la mortalité s'élève à 22,06 %.

Ces dernières rarement en effet cèdent aux moyens médicaux seuls. On peut quelquefois espérer que l'élimination des débris placentaires se fera spontanément, mais il ne faut pas trop compter sur cet heureux événement. Certaines ne présentent aucun signe d'infection lors de l'hémorragie. Cet accident, si l'on peut dire mécanique, cède à l'expul-

sion spontanée ou provoquée du cotylédon et tout rentre dans l'ordre. D'autres sont accompagnées d'un début d'infection, qui semble circonscrit au cotylédon retenu et les phénomènes infectieux et hémorragiques cèdent après son extirpation. Dans un autre groupe, l'infection latente de l'utérus est réveillée par les manœuvres extractives, lesquelles, si elles arrêtent l'hémorragie, entraînent souvent l'ensemencement septique des sinus utérins. Il s'ensuit une infection généralisée qui évoluera plus ou moins néfastement à moins qu'une intervention d'exérèse très précoce et bien supportée n'amène la guérison. Enfin on peut classer une dernière catégorie de cas où l'infection existe avant l'hémorragie et persiste après, subissant même une recrudescence au moment de l'apparition de celle-ci. Dans ce cas, les manœuvres extractives arrêtent l'hémorragie, mais sauf dans de rares cas ne font rien à l'évolution de l'infection. Le plus souvent elles peuvent l'accélérer vers l'issue fatale.

Les hémorragies sans rétention semblent avoir un pronostic un peu moins sévère, puisqu'on ne trouve pour elles qu'une mortalité de 40,81 %. Avant l'hémorragie, les 2/3 des cas observés sont apyrétiques. Le toucher intra-utérin et même le curage dans de nombreux cas n'ont pas entraîné de complications graves. Le traitement médical réussit souvent à arrêter ces hémorragies mais néanmoins dans certains cas, seul le traitement chirurgical d'emblée est capable d'amener la guérison, car les manœuvres

intra-utérines sont mal supportées et amènent une aggravation de l'infection. Dans d'autres cas, les manœuvres amènent la sédation des symptômes sans autres complications.

Si nous essayons de dégager les idées générales au sujet du traitement des hémorragies des suites de couches, nous voyons qu'après avoir subi de nombreuses variations, leur thérapeutique ne semble pas encore définitivement établie et ne pourra l'être que difficilement à notre avis, à cause de la diversité constante des cas, devant lesquels on se trouve placé. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'une prophylaxie sévère doit être mise en œuvre pour prévenir dans la mesure du possible les accidents hémorragiques. On s'efforcera de réaliser les conditions d'asepsie les plus rigoureuses pour l'accouchement. La délivrance sera effectuée correctement, et s'il y a le moindre doute sur l'intégrité du placenta, une révision utérine sera pratiquée immédiatement. Si malgré ces précautions, il se produit une hémorragie au cours du post-partum, on fera appel au traitement médical d'abord. Par celui-ci on s'appliquera d'une part à réparer les pertes sanguines par des transfusions, des injections sous-cutanées ou intra-veineuses de solutions isotoniques de chlorure de sodium, ou de glycose ; on cherchera d'autre part à augmenter la coagulabilité du sang par l'administration de chlorure de calcium par la voie digestive, ainsi que par des injections sous-

cutanées de sérums. D'un autre côté, on tâchera d'exciter la contraction utérine par des injections hypodermiques d'ergotine, d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, et par des balnéations chaudes vaginales. On préviendra enfin l'infection par la sérothérapie antistreptococcique par les abcès de fixation et les antiseptiques divers préconisés par différents auteurs (arsenicaux, métaux colloïdaux).

Ce traitement médical une fois institué, la situation peut dans certains cas exiger encore plus. Si l'importance de l'hémorragie, sa durée, son abondance ou sa répétition à brève échéance fait naître des inquiétudes, ou si d'autre part, on a un doute sur une rétention, on est amené alors à pratiquer une intervention intra-utérine, laquelle se fera évidemment sous le couvert de l'asepsie la plus rigoureuse, et si le col utérin est suffisamment ouvert pour laisser le passage au doigt explorateur sans aucune violence. Dans le cas où on trouve un cotylédon, et que celui-ci soit partiellement détaché ou lâchement pédiculé, un curage rapide et non traumatisant le ramènera facilement, mais si il tient fortement à la paroi utérine, il est beaucoup plus difficile de préciser la conduite à tenir. Les impressions que le doigt explorateur recueille sont quelquefois peu nettes, et on ne sait exactement quelle est la situation anatomique de ce débris, et même quelquefois quelle est sa nature. Si l'on cherche à extraire ce corps retenu, on peut créer des lésions qui ouvriront la porte à l'infection, et il est peu aisé

de dire quelles seront les suites de cette intervention. Certains exemples montrent une évolution favorable, d'autres malheureusement nous apprennent que de multiples complications, et des plus graves, voir même mortelles survinrent ; ces manœuvres ayant donné un coup de fouet à l'évolution d'une infection latente jusque-là. Aucun argument ne permet de prévoir cette réaction ; en conséquence, chacun s'en rapportera pour la décision à son sens clinique, voire même à sa chance. De toutes manières, un point reste certain, c'est que si on intervient, et que des signes d'infection se manifestent rapidement, il faudra recourir d'urgence à l'hystérectomie si au bout de 24 à 36 heures, on ne constate pas une amélioration des symptômes.

La conduite est plus facile semble-t-il, à tracer dans les cas d'infection hémorragique sans rétention. Aucune manœuvre intra-utérine n'est à conseiller dans ces circonstances ; le tamponnement lui-même, soit au filtrat, soit à la gaze, ne réunit pas tous les avis favorables. Pour certains, même si on a été appelé d'urgence à pratiquer un tamponnement, devant des événements pressants, cette thérapeutique ne doit pas durer plus de deux heures, et elle appelle l'hystérectomie dans la suite. Dans certains cas sérieux pourtant, ce traitement a donné de bons résultats, de même que les lavages intra-utérins, continus, à l'aide de solutions antiseptiques.

L'idée générale actuelle néanmoins est que dans la forme hémorragique sans rétention, il faut sur-

tout compter sur le traitement médical, et si celui-ci n'apporte pas les résultats désirés, savoir recourir précocement à l'hystérectomie dans les cas graves.

Dans toutes ces alternatives, on sera guidé par l'ensemble des signes cliniques et par la température notamment.

M. le P^r COUVELAIRE dans son rapport, sur le *Traitement des hémorragies tardives des suites de couches*, distingue toutes les éventualités devant lesquelles on peut se trouver : a) En présence d'une hémorragie liée au décollement d'un fragment placentaire, le cotylédon étant libre ou lâchement pédiculé, il faut l'enlever sans faire quoi que ce soit d'autre dans la cavité corporeale ; b) Si les métrorragies ne sont pas précédées de réaction fébrile, on recherchera s'il ne s'agit pas d'exagération anormale du petit retour de couches ou si l'accouchée n'est pas atteinte d'une infection hémorragipare (maladies du sang, cardiopathies, troubles hépatiques) ou s'il n'y a pas eu de traumatisme utérin (effort ou coït prématuré). Si on ne trouve aucune de ces causes, on sera amené à penser à l'existence d'un de ces états de mauvaise involution de l'utérus, qu'on a coutume d'appeler endométrite hémorragique. Dans ces cas, après avoir débarrassé le vagin des caillots, par une irrigation chaude, on instituera un traitement médical, en surveillant la température et le pouls, ainsi que les régions périutérines ; c) Si cette hémorragie semble être la première manifestation de la forme métrorragique de l'infection

puerpérale, des trois façons de procéder qui ont été proposées, M. COUVELAIRE opte pour la troisième qui consiste à ne pas faire d'exploration de la cavité corporeale, d'instituer le traitement médical anti-infectieux et anti-hémorragique et, l'hémorragie se répétant ou les signes d'infection s'aggravant, d'intervenir par une hystérectomie d'emblée.

Les deux autres lignes de conduite, sont 1^o l'exploration systématique de la cavité corporeale avec extirpation de préférence par curage d'un cotylédon que l'on aura trouvé, même adhérent, en se promettant de pratiquer une hystérectomie, s'il se produit des accidents immédiats (perforation de l'utérus), ou lointains, dans le cas de réaction infectieuse à la suite de l'intervention intra utérine, ou d'aggravation de l'état général ; 2^o l'exploration prudente de la cavité ; si elle montre l'existence d'un cotylédon adhérent, faire l'hystérectomie immédiate, si elle ne montre rien, attendre en espérant que l'infection ne s'aggraverait pas, ce qui conduirait à une hystérectomie secondaire.

De toutes manières, si l'hystérectomie est décidée, le procédé opératoire qui semble rallier le plus de partisans, est l'hystérectomie abdominale dans ses formes diverses, totale, ou subtotale, avec ou sans drainage abdominal à la Mickulicz. L'hystérectomie vaginale qui offrirait quelques avantages, est souvent difficile, en raison de la friabilité des tissus utérins assez fréquente, et d'autre part, elle ne permet pas de voir et de traiter, au cas échéant, les lésions péri-utérines.

•

CONCLUSIONS

1^o Arrivé au terme de cette étude, nous voudrions en dégager la façon dont ont évolué les idées sur les hémorragies tardives des suites de couches et les différentes notions pratiques que l'on peut en dégager.

Primitivement, la question semblait assez simple et en présence d'une hémorragie secondaire du post-partum, on admettait qu'il y avait toujours rétention placentaire. Le traitement en découlait aisément, il fallait une exploration intra-utérine au doigt ou avec un instrument. Mais cette façon de faire n'a pas toujours été accompagnée de succès et souvent l'intervention ne permettait pas de ramener les débris que l'on comptait trouver. Quoi qu'il en soit, nous verrons dans un instant que si les hémorragies peuvent être dues à d'autres causes, la rétention ne reste pas moins une cause extrêmement fréquente et le placenta retenu est un risque à la fois d'hémorragie et d'infection. **C'est dire le danger de rétention d'un fragment placentaire.**

2^o C'est pour cela que de Lamotte, au XVIII^e siècle,

a émis la notion de la nécessité d'une révision prophylactique au cas de rétention sûre ou possible. Cette notion a été bien souvent reprise depuis que la question des hémorragies tardives est à l'ordre du jour.

En dernier lieu, au cours de la discussion du Congrès de Bordeaux, par exemple, KELLER y insiste tout particulièrement. ECALLE reconnaît également n'avoir observé que trois fois en six années des hémorragies tardives de suites de couches et il pense que la rareté des cas observés par lui, tient à ce qu'il pratique très facilement une révision manuelle de la cavité utérine après l'accouchement, s'il a le moindre doute sur l'intégrité absolue de la délivrance.

3^o et 4^o HOEHNE, en 1914, introduit dans cette question des hémorragies tardives, deux notions toutes nouvelles qui peuvent être considérées comme l'origine de l'évolution des tendances actuelles au point de vue thérapeutique. L'une est la notion du danger des explorations et manœuvres intra-utérines chez une malade qui fait une hémorragie, plusieurs jours après un accouchement. La moindre manœuvre intra-utérine, même chez une femme, jusque là apyrétique, ou peu infectée peut être le point de départ d'infection parfois redoutable, parfois même mortelle. De telles septicémies brutales, sont souvent au-dessus des ressources de la thérapeutique médicale, c'est pourquoi HOEHNE, il y a

déjà 17 ans, disait que la seule chance de salut, était de faire une hystérectomie précoce, deuxième notion capitale.

5° La question semble beaucoup plus complexe encore que les anciens ne le soupçonnaient. C'est qu'en effet, il est des cas, où on trouve bien dans l'utérus des débris placentaires, mais il en est d'autres, où ce sont des débris de caduque, il en est enfin où l'utérus semble absolument vide, et cependant, la malade saigne et est infectée. Voici une notion importante que les recherches modernes ont bien mise en évidence.

Si l'on ne trouve rien, l'interprétation de pareils faits semble difficile. On peut dire qu'il existait bien un fragment placentaire, mais qu'il peut être passé inaperçu, surtout si l'on n'a pas pratiqué l'examen histologique des débris retirés. Même avec un examen histologique le diagnostic peut être difficile, entre un débris de villosité et des cellules langhansiennes. On en revient donc à se demander pourquoi l'utérus saigne ? Et certains auraient tendance à croire qu'il y a hémorragie parce qu'il y a infection, que l'utérus soit absolument vide ou qu'il y ait rétention d'un débris placentaire.

6° La dernière notion, enfin, que nous voudrions mettre en évidence, en terminant, c'est l'évolution des idées thérapeutiques. Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de prendre parti dans les diffé-

rentes thèses qui s'affrontent, mais simplement de fixer d'une manière objective les deux opinions principales.

Autrefois, la thérapeutique était très interventionniste et l'on enseignait que les hémorragies tardives des suites de couches nécessitaient une exploration intra-utérine, un curage ou un curetage. Au cours de ces dernières années et sous l'influence des travaux de l'Ecole du Professeur COUVELAIRE, la tendance est devenue beaucoup moins propice aux interventions locales. Cette opinion peut se résumer dans la conclusion du rapport du Professeur COUVELAIRE à Bordeaux, en 1931. « En face d'une « métrorrhagie survenant plus ou moins tardive
« ment au cours des suites de couches, la sagesse
« est de ne pas se précipiter et tenir pour souvent
« inutiles et parfois redoutables, les explorations
« et interventions intra-utérines, d'avoir confiance
« dans les traitements médicaux judicieusement
« adaptés à chaque situation particulière, et de ne
« pas craindre, dans les cas heureusement excep-
« tionnels, de recourir à l'hystérectomie. » Mais cette manière de voir n'est pas acceptée sans discussion par tous. Beaucoup pensent, en effet, et VANVERTS en particulier, qu'il est à peu près impossible de reconnaître s'il y a oui ou non rétention placentaire. Si l'hémorragie persiste malgré le traitement médical, quelle soit abondante, menaçant la vie de la femme, on ne peut s'en tenir à l'expectative, il faut à tout prix arrêter l'écoulement de

sang. Or, a-t-on le droit de faire d'emblée une hystérectomie ? Le curage fait avec précaution, risque évidemment de déclencher une infection violente, mais c'est là l'exception. Dans de très nombreux cas, l'évacuation de l'utérus a donné d'excellents résultats. Si le curage reste sans influence, la question se pose de l'hystérectomie, et il faut toujours être prêt à pratiquer cette intervention dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent, s'il y a aggravation de l'état de la femme.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS et PERY (91). — Les hémorragies tardives de suites de couches. Rapport du VII^e Congrès des Obstétriciens et Gynécologues de Langue française à Bordeaux du 1^{er} au 3 octobre 1931.
- ANDERODIAS et JEANNENEY (72). — Hémorragies secondaires graves du post-partum. Indications thérapeutiques. *Soc. d'Obst. et Gyn.* Bordeaux, 24 déc. 1929. *C. R. in Bulletin et Mémoires de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 359, 1931.
- BANSILLON (75). — Hémorragie grave du post-partum traitée par l'exploration digitale intra-utérine : guérison. *Soc. Obst. et Gyn. de Lyon*, 3 fév. 1930. *C. R. in Bull. et Mém. Soc. d'Obst. et Gyn.*, Paris, p. 268, 1930.
- BAUDELLOCQUE (5). — L'art des accouchements, t. I, p. 963 (1796).
- BECKMANN SIEGFRIED (61). — A propos des hémorragies tardives dans les suites de couches. *Zentralblatt für Gynäkologie*, n^o 7, 16 fév. 1929.
- BOURSIER et MANGÉ (73). — Hémorragie grave du post-partum. Hystérectomie : mort. *Soc. d'Obst. et Gyn.* Bordeaux, 24 déc. 1930. *C. R. in Bull. et Mém. Soc. d'Obst. et Gyn.* Paris, p. 378, 1930.
- BRINDEAU (17), TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, t. IV, p. 147 et 634, 1901.
- BRINDEAU (38). — *Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* de Paris, avril 1926.
- BRUNEAU (15). — Curetage de l'utérus dans l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1894.

- BUMM (24). — Précis d'Obstétrique, 2^e édit. française, p. 650, 1914.
- BUREAU (47). — Action de l'hypophyse sur la délivrance. Thèse de Paris, 1928.
- CARISTEANU (20). — Hystérectomie et infection puerpérale aiguë. *Revue de Gynécologie et chirurgie abdominale*, p. 640, 1904.
- COMMANDEUR (21), BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements (1907).
- COUVELAIRE (35). — Forme métrorragique de l'infection puerpérale. *Bull. et Mémoires de la Société d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 161 (Séance du 8 mars 1926).
- COUVELAIRE (A.), PORTES et DIGONNET (55). — Les hémorragies tardives des suites de couches. Indications de leur traitement par l'hystérectomie d'emblée. *Gyn. et Obst.*, n^o 5, 1928.
- COUVELAIRE (A.) (92). — Traitement des métrorragies tardives des suites de couches. Rapport du VII^e Congrès des Obstétriciens et Gynécologues de Langue Française à Bordeaux, 1^{er} au 3 octobre 1931.
- DE LAMOTTE (3). — Traité des accouchements naturels, non naturels et contre nature, 1715.
- DE LEE (J. B.) (30). — *Principles and Practice of Obstetrics*, 4^e éd. Philadelphie, 1924, p. 835.
- DEMELIN et DEVRAIGNE (31). — *Manuel de l'accoucheur*, p. 1244. Paris, 1924.
- DESORMEAUX (7). — *Dictionnaire de Médecine*, 1835.
- DEROMPS (42). — *Bulletin et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 248, avril 1927.
- DESNOYERS (50). — Rétentions placentaires partielles manifestées tardivement après l'accouchement. *La Médecine internationale*, p. 122, avril 1928.
- DESNOYERS et DIGONNET (48). — Un cas de rétention placentaire partielle du post-partum à manifestations tardives. *Bull. et Mémoires de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 207, 12 mars 1928.

- DEVÉ (39). — *Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*
Paris, 19 avril 1926.
- DE VESIAN et SOLAL (RENÉ) (60). — Hémorragie tardive et grave des post-partum ; transfusion ; pansements au bouillon vaccin : guérison. *G. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 41, 14 janvier 1929.
- DIETEL (83). — Cause rare d'hémorragie du puerpérum. *Zentralblatt für Gynäkologie*, p. 2587, 11 oct. 1930.
- DIGONNET (46). — Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du post-partum. Thèse de Paris, 1928.
- DUBOURG (13). — De la rétention des membranes dans l'utérus. Thèse de Paris, 1884.
- DUGÈS (6). — *Dictionnaire de la médecine* (1833), p. 438.
- ENGELMANN (1). — La pratique des accouchements chez les peuples primitifs (trad. franç., par C. Rodet), p. 174. Paris, 1886.
- EPARVIER (65). — Hémorragie par rétention placentaire un mois après un accouchement à terme : perforation utérine au cours de l'exploration digitale. *Soc. d'Obst. et Gyn.* Lyon, 6 mai 1929. *G. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 502, 1929.
- EPARVIER (78). — Contribution à l'étude des hémorragies tardives de suites de couches. *Gyn. et Obst.*, t. XXI, n° 4, avril 1930.
- ESTÉOULE (19). — Recherches sur les rétentions prolongées de débris placentaires. Thèse de Paris, 1904.
- ESTIENNY (62). — Hémorragie tardive du post-partum, curetage, perforation. Hystérectomie. Guérison. *Soc. Gyn. et Obst.* de Toulouse, 13 mars 1929. *G. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 670, 1929.
- ESTIENNY et RIBAT (58). — Hémorragie au 6^e jour du post-partum et infection grave par rétention placentaire : curetage, thrombo-phlébite, mort au 55^e jour. *Soc. Obst. et Gyn.*, Toulouse, 12 déc.

1928. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, de Paris, p. 170, 1929,
- FAUGÈRE (84). — Hémorragie tardive du post-partum chez une femme ayant présenté une hémorragie due à une insertion basse du placenta (insertion marginale) traitée par évacuation utérine sous rachianes, thésie. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Bordeaux-n° 9, p. 639, nov. 1930.
- FAVREAU (63). — Hémorragie tardive du post-partum par rétention cotylédonaire. *Soc. d'Obst. et Gyn.*, Bordeaux, 30 avril 1929. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, de Paris, p. 495, 1929.
- FEUCHTER (59). — A propos d'un cas d'hémorragie tardive du post-partum. *Soc. d'Obst. et Gyn.* Strasbourg, 5 janv. 1929. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* Paris, n° 3, mars 1929.
- FRANCK (40). — *Archives für Gynäkologie*, p. 87, 19 juin 1926.
- FRUHHINSHOLTZ et HAMANT (34). — A propos d'une hystérectomie dans un cas d'infection post-abortum. *Soc. de Gyn. et d'Obst.*, Nancy, 20 janv. 1926. *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Gyn. et Obst.*, Paris, p. 187.
- GUERSANT (23). — Curettage et curage dans les suites de couches, p. 33. Thèse de Paris, 1908.
- GONNET et CHANALEILLES (88). 7 cas d'hémorragies tardives du post-partum traitées par le curage. *Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, de Paris, avril 1931.
- HANS HEIDLER (82). — Hémorragies du post-partum. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLIII, 26 août, n° 35, 1930.
- HARTEMANN (54). — Hémorragies tardives du post-partum. Curage. Guérison. *Soc. d'Obst. et Gyn.*, de Nancy, juin 1918. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, de Paris, p. 747, 1928.
- HERVIEUX (10). — Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites de couches, p. 341, Paris, 1870.

- HOEHNE (25). — Traitement de la rétention des débris placentaires. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 5 déc. 1914.
- HOUEL, LARRIBÈRE et SESINI (68). — Deux cas d'hémorragies tardives du post-partum. *Soc. d'Obst. et Gyn.* d'Alger, 16 juin 1929. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, p. 618. Paris, 1929.
- HOUEL et SY (80). — *Soc. d'Obst. et Gyn.* d'Alger, 14 juin 1930. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, p. 537. Paris, 1930.
- HUBERT (L.-J.) (9). — Cours d'accouchement, t. II. Louvain, 1869.
- LE LORIER (37). — Rétention cotylédonaire post-partum, hystérectomie, guérison. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, p. 217. Paris, avril 1926.
- LE LORIER (52). — Hémorragies graves avec fièvre au 15^e jour du post-partum par rétention placentaire. *Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 538, 11 juin 1928.
- LEVY-SOLAL et RAVINA (36). — Formes métrorragiques de l'infection puerpérale. *Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 19 avril 1926.
- LÉOPOLD (18). — Rapport sur l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale. Quatrième congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique à Rome, septembre 1902.
- MARMASSE (16). — Le curettage dans les accidents de suites de couches. Thèse de Paris, 1895.
- MAURICEAU (12). — Traité des Maladies des Femmes grosses et de celles qui sont accouchées, 1746.
- MÉNACHÉ (44). — Hémorragie tardive du post-partum. *Soc. d'Obst. et Gyn.* de Toulouse, 30 nov. 1927. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 179.
- MÉNACHÉ (76). — Hémorragie tardive du post-partum liée à une rétention placentaire avec infection, curage,

- curettage ; guérison. *Soc. d'Obst. et Gyn.* de Toulouse, 7 février 1930. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 735, 1930.
- MÉNACHÉ et MODIANO (69). — Rétention placentaire partielle du post-partum à manifestation hémorragique et infectieuse tardive ; curage, curettage ; guérison. *Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, p. 168, 1929.
- METZGER (56). — *Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* de Paris, 12 nov, 1928.
- MIHAILIDE (71). — Hémorragie Tardive in post-partum. *Gynecologie si Obstetricia*, n^o 7-8, 1929.
- MODIANO (79). — *Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 229, 13 avril 1930.
- NOGUÈRES (M.) (32). — Hémorragies secondaires du post-partum liées à une rétention placentaire. Thèse de Paris, 1924.
- PÉRY (74). — Mort par hémorragie par rétention placentaire pendant les suites de couches. *Soc. d'Obst. et Gyn.* Bordeaux, 28 mai 1929. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 61, 1930.
- PÉRY et BARTHÉLÉMY (64). — Hémorragie secondaire du post-partum : hystérectomie ; guérison. *Soc. d'Obst. et Gyn.* Bordeaux, 30 avril 1929. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 492, 1929.
- PETIT-DUTAILLIS (PAUL) (86). — Traitement du syndrome infectieux et hémorragique post-abortum et certaines autres infections ou hémorragies post-abortum vel post-partum. *Journal des Praticiens*, p. 809 (6 décembre 1930).
- PIERRAGI (A.) (70). — Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du post-partum et de leur traitement. Thèse de Bordeaux, avril 1929.
- PÉLAPRAT (12). — Des hémorragies puerpérales secondaires. Thèse de Paris, 1882.

- PLACINTIANU (90). — L'état actuel du traitement des hémorragies tardives du post-partum. *La Gynécologie*, p. 193, avril 1931.
- PLAYFAIR (11). — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements (traduction française par Vermeil sur la 2^e édition anglaise parue en 1878), p. 583, 1879.
- POIRIER (14). — De la rétention partielle du placenta après l'accouchement. Thèse de Paris, 1894.
- RIVIÈRE (MARC) (81). — Un cas d'hémorragie tardive du post-partum. *Soc. d'Obst. et Gyn.* de Bordeaux, 17 juin 1930. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 638, 1930.
- ROUVILLE (de) et MADON (33). — Nécessité du curage et du curettage dans l'évacuation de l'utérus en cas de rétention placentaire. *Soc. d'Obs. et de Gyn.* de Montpellier, 2 déc. 1925. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* Paris, p. 86, 1926.
- RÜCKER (PIERRE) (41). — Rétention placentaire prolongée. *Virginia Med. Monthly*, p. 362, sept. 1926.
- RYBERG (CARL MAGNUS) (45). — Some experiences concerning placental fragments retained at the parturition. *Acta. Obst. et Gyn. Scand.*, t. VI, p. 152, 1927.
- SMELLIE (4). — Observations sur les accouchements, 1765.
- TRILLAT et DOUILLET (66). — Perforation utérine au cours d'un curage digital dans un cas d'hémorragie secondaire tardive ; hystérectomie, guérison. *Soc. Obst. et Gyn.* de Lyon, 6 mai 1929. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 503, 1929.
- TRILLAT et EPARVIER (51). — Trois cas d'hémorragies secondaires graves du post-partum. *Soc. d'Obst. et Gyn.* de Lyon, 5 mai 1928. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris, p. 590, 1928.
- VEILPEAU (8). — Traité complet de l'art des accouchements, 3^e édit., p. 484, 1835.
- VERMELIN (27). — La rétention cotylédonaire post-partum.

- Revue médicale de l'Est*, t. I, p. 183, 15 mars 1921.
- VERMELIN (57). — Rétention cotylédonaire tardive du post-partum. *Journal des Praticiens*, p. 849, 29 déc. 1928.
- VERMELIN (87). — Hémorragies des suites de couches. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy*, n° 4, p. 293, avril 1931.
- VERMELIN et HARTEMANN (77). — Rétention cotylédonaire du post-partum ; curage digital ; guérison. *Soc. d'Obst. et de Gynécologie de Nancy*, 18 déc. 1929. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, p. 198, 1930.
- VERMELIN et DELFOURD (49). — Rétention cotylédonaire tardive du post-partum. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Nancy*, 21 mars 1928. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, p. 443.
- VIGNES (H.) (29). — Physiologie obstétricale normale et pathologique, p. 410. Masson, éd. Paris, 1923.
- VIGNES (H.) et LEROUX (R.) (43). — Hémorragies secondaires du post-partum : rétention placentaire et sphacèle du muscle utérin. *Annales d'anatomie pathologique*, p. 55, mai 1927.
- VIGNES (H.) (29). — La rétention placentaire après l'accouchement. *L'Association médicale, Mutuelle de la Seine et Seine-et-Oise*, p. 49, mars 1923.
- VIRILIO DE AGUIAR (45). — Forme métrorragique de l'infection puerpérale *Revista de Gynecologia et d'Obstetricia de Brazil*, n° 12, décembre 1917 *C. R. in Gyn. et Obst.*, p. 180, 1930.
- VORON et BANSILLON (67). — Un cas d'hémorragie du post-partum. Traitement médical, guérison, *Soc. d'Obst. et Gyn. de Lyon*, 2 juin 1929. *C. R. in Bull. et Mémoires de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, p. 568, septembre 1929.
- VORON et MOULINIER (53). — Hémorragies tardives du post-partum, *Soc. d'Obst. et Gyn. de Lyon*, 5 juill. 1928.

C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris (p. 866), nov. 1928.

VORON et PIGEAUD (85). — α Hémmorragie grave du post-partum 12 jours après une révision utérine soignée pour hémmorragie de la délivrance, *Soc. d'Obst. et Gyn. de Lyon*, 10 nov. 1930 *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obs. et Gyn. de Paris* (p. 54), 1931.

— β) Une observation d'infection puerpérale à type hémmorragique *Soc. d'Obs. et Gyn. de Lyon*, 15 déc. 1930. *C. R. in Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris* (p. 140), 1931.

WALTHER (26). — Rétention placentaire post-abortive. *Medizinische Klinik*, 9 mai 1915.

WHITRIDGE (WILLIAMS) (28). — *Obstetrios*, 5 éd., p. 1025. New-York, 1923.

WOLF (22). — Rétention complète des membranes après l'accouchement à terme ou près du terme. Thèse de Paris, 1908.

